



2014

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

UC/FPCE

**VIH/SIDA na gravidez: Qualidade de vida familiar e satisfação com a vida em contexto angolano**

Ester Jambela Matende Gamboa da Conceição  
(e-mail: [estermatende64@gmail.com](mailto:estermatende64@gmail.com))

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Sub-área em Sistémica, Saúde e Família, sob a orientação da Doutora Sofia Major



## **VIH/SIDA na gravidez: Qualidade de vida familiar e satisfação com a vida em contexto angolano**

**Resumo:** O VIH/SIDA representa um desafio a nível mundial, pelo número de pessoas infetadas que se tem vindo a registar nos últimos anos. O flagelo do VIH/SIDA tem afetado cada vez mais mulheres em idade reprodutiva. O presente estudo pretende estudar a qualidade de vida familiar e a satisfação com a vida em contexto angolano. A amostra deste estudo foi constituída por 100 grávidas, sendo 50 com e 50 sem VIH/SIDA. O protocolo de avaliação envolveu um Questionário Sociodemográfico, um Questionário Complementar de Recolha de Dados acerca da Grávida, o Qualidade de Vida (QOL), e a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS). Os resultados dos estudos de consistência interna apontam para um alfa de Cronbach adequado tanto para os itens do QOL (.896) como para a SWLS (.787). As principais conclusões do estudo indicam a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em diversas áreas da qualidade de vida familiar (e.g., Bem-Estar Financeiro, Casa, Relações Sociais, Família e Conjugalidade e Filhos), bem como na satisfação com a vida. Os resultados alcançados vão ao encontro da literatura, com as grávidas com VIH/SIDA a demonstrarem pior qualidade de vida familiar e uma menor satisfação com a vida. O presente estudo representa os primeiros passos para a realização de mais estudos relacionados com o VIH/SIDA na gravidez em Angola.

**Palavras-chave:** VIH/SIDA, gravidez, Angola, qualidade de vida familiar, satisfação com a vida.

## **VIH/SIDA in pregnancy: Family quality of life and satisfaction with life in Angolan context**

**Abstract:** HIV/AIDS presents a global challenge, due to the number of people infected verified in the last years. The scourge of HIV/AIDS has been affecting more and more women in reproductive age. In the present study we intended to study the family quality of life and the satisfaction with life in Angolan context. The sample used for this study was composed by 100 pregnant women, from which 50 with and 50 without HIV/AIDS. The assessment protocol involved a Socio-Demographic Questionnaire, a Complementally Questionnaire to Collect Data Concerning the Pregnancy, the Quality of Life (QOL), and the Satisfaction with Life Scale (SWLS). The results of the internal consistency studies point for an adequate Cronbach's alpha for the items of QOL (.896) as for SWLS (.787). The main conclusions of the study indicate for the existence of significant statistical differences among both groups in what it concerns to several areas of family quality of life (e.g., Financial Well-Being, Home, Social Relationships, Family and Children). In this sense, the results are in agreement with literature, with the pregnant women with HIV/AIDS showing worse family quality of life and satisfaction with life. The present studie represents the beginning for the accomplishment of more studies in pregnancy wit HIV/AIDS in Angolan context.

**Key-Words:** HIV/AIDS, pregnancy, Angola, family quality of life, satisfaction with life

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus, pela dádiva da vida, a luz que iluminou o meu caminho e o amor que sempre guiou a minha vida.

Aos meus pais (em memória), pela educação que me deram.

Agradeço ao meu esposo, Miguel Gamboa da Conceição Júnior, pelo carinho e amor, apoio e força prestada em momentos difíceis na longa caminhada do curso.

Aos meus filhos que me mantiveram a coragem, prosseguindo e acreditando perante os desafios.

Às Professoras Doutoras Margarida Ventura e Ana Paula Relvas por tornar possível esta formação de Mestrado.

Às minhas Professoras Luciana Sotero, Isabel Alberto, Maria João Seabra-Santos pela colaboração.

Agradeço em especial a Doutora Sofia Major pela orientação, paciência, dedicação e incentivo.

Aos colegas, pelas compensadoras oportunidades de co-evolução.

Por fim, agradeço a todos que de forma direta ou indireta, deram o seu contributo para que este estudo se tornasse possível.

## **INDICE**

<b>Introdução</b>	1
<b>I- Enquadramento</b>	2
1.1.VIH/SIDA enquanto doença crónica	2
1.2.Gravidez e VIH/SIDA	4
1.2.1. VIH/SIDA na gravidez: Fatores de risco e de proteção	6
1.2.2. VIH/SIDA na gravidez: Qualidade de vida familiar e satisfação com a vida	8
<b>II- Objetivos</b>	10
<b>III- Metodologia</b>	10
3.1.Seleção e recolha da amostra	10
3.2. Caraterização da amostra	11
3.3. Instrumentos	13
3.4 Procedimentos estatísticos	15
<b>IV- Resultados</b>	15
4.1. Estudo comparativo das variáveis relacionadas com a gravidez	15
4.2. Estatística descritiva e consistência interna: QOL e SWLS	17
4.3. Qualidade de vida familiar e satisfação com a vida: Grávidas com e sem VIH/SIDA	20
4.4. Grau de associação entre qualidade de vida familiar e satisfação com a vida	21
<b>V- Discussão</b>	21
<b>VI- Conclusões</b>	25
<b>Bibliografia</b>	26
<b>Anexos</b>	29

## Introdução

A epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) constitui uma preocupação mundial e representa um enorme desafio de saúde pública no mundo, pelo facto de este vírus atacar todo sistema imunitário responsável pela defesa do organismo, que pode causar danos físicos, psicológicos e sociais. É ainda um vírus contagioso que se propaga através de determinados comportamentos específicos (e.g., vários parceiros sexuais, toxicodependência), expandindo-se silenciosamente (Lourenço & Afonso, 2009).

A partir de 1980, cerca de 60 milhões de pessoas foram infetadas pelo VIH, mais de 25 milhões faleceram, e mais de 90% dessas pessoas vivem em países em vias de desenvolvimento. Em África, mais de metade das mortes de adultos estão relacionadas com o VIH/SIDA, deixando milhões de crianças órfãs (Lourenço & Afonso, 2009). A epidemia do VIH/SIDA teve os primeiros casos descritos em 1981 nos Estados Unidos da América. A África Subsaariana apresenta uma maior taxa de incidência pela infeção do VIH/SIDA, com cerca de 21 milhões de pessoas infetadas entre elas, homens, mulheres e crianças (Focáccia, Lomar, & Veronesi, 1999).

Segundo Lourenço e Afonso (2008), a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) provoca problemas pelo facto de a mulher parecer ser mais vulnerável do que o homem. Os mesmos autores relatam ainda que, em Portugal, o primeiro caso de SIDA no sexo feminino foi diagnosticado em 1985, registando-se 10 anos depois mais de 360 casos em mulheres, denotando-se que o grupo de pessoas com SIDA com maior aumento são as mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 49 anos.

O flagelo do VIH/SIDA ao longo dos anos tem atingido cada vez mais mulheres em idade reprodutiva, sendo que muitas já são mães ou prestes a serem mães quando descobrem a infeção (Gonçalves & Piccinini, 2008). Neste contexto, o número crescente de mulheres infetadas em idade reprodutiva em todo mundo, desperta uma preocupação acrescida com as taxas de transmissão materno-infantil do vírus (Szwarcwald & Castilho, 2000).

Neste sentido, considerando que o VIH/SIDA passou a categorizar-se como uma doença crónica, e que apresenta uma elevada taxa de prevalência nos países africanos, e em particular em Angola, o presente estudo pretende investigar a qualidade de vida familiar e a satisfação com a vida nas mulheres grávidas com ou sem VIH/SIDA em Angola. O VIH/SIDA provoca um impacto na família pois, de acordo com Piccinini e Gonçalves (2007), a vivência do estigma relacionado com o VIH/SIDA afeta as relações familiares, afetivas e sociais das mulheres portadoras do VIH que, por sua vez, atuam sobre a sua percepção de identidade.

## **I- Enquadramento conceptual**

### **1.1. VIH/SIDA enquanto doença crónica**

A doença crónica representa um dos principais problemas e desafios que a medicina e as ciências da saúde enfrentam. Uma vez que para estas doenças não existe prevenção primária ou cura. Associada ao envelhecimento populacional, é considerada como um dos principais responsáveis pela divergência entre a curva de mortalidade e de morbilidade (Sousa, Mendes, & Relvas, 1996). A doença crónica afeta milhões de pessoas de todas as idades, tendo maior prevalência nos idosos, limitando o seu funcionamento físico e mental. Neste sentido, torna-se fundamental incluir nos protocolos de intervenção médica e psicológica, o doente e a doença, a sua família e os profissionais (Die-Trill & Holland, 1995). Sendo assim, é importante que haja diálogo entre o profissional, o doente e a família no sentido de reconhecer a importância de integrar aspetos sociais, biológicos, familiares e individuais no acompanhamento e tratamento do doente e suas famílias (Die-Trill & Holland, 1995).

O VIH/SIDA é uma doença crónica e, como tal, altera a estrutura e o funcionamento, familiar, considerando que os doentes crónicos apresentam habitualmente problemas como o isolamento social, a desvalorização do eu, e o facto de se tornar uma sobrecarga para os outros (Rolland, 1990). Neste sentido, viver com uma doença crónica inclui necessariamente uma reedificação da própria vida, que envolve habilidades específicas para lidar com os sintomas, com as consequências da doença, e com o ajustamento à doença em relação às relações sociais (Gonzalez, Steinglass, & Reiss, 1989).

Góngora (1996) refere a importância do papel da família ao ajudar um dos seus membros a enfrentar uma doença crónica. Neste sentido, a instalação da doença crónica, neste caso o VIH/SIDA na família, propicia o surgimento do estigma relacionado a doença que afeta as relações familiares, afetivas e sociais. Assim, a família firma-se na incerteza, perda de controlo, e na confirmação do diagnóstico, com a necessidade de reorganização de acordo com o agravamento da doença (Góngora, Knauth, & Leal, 1996; Rolland, 1984).

O impacto da doença crónica na família depende do começo, curso, resultado e grau de incapacidade. De acordo com Rolland (1984), e segundo a tipologia psicossocial e do ciclo evolutivo da doença classificou o VIH/SIDA como uma doença crónica de início gradual, curso progressivo, constante com recaídas, incapacitante e fatal. O início gradual distingue-se pela manifestação e perceção gradativa dos sintomas clínicos, em que o diagnóstico serve como ponto de confirmação. O curso de uma doença está relacionado com a evolução dos sintomas, e com a mudança exigida nos papéis familiares, pode descrever-se como: progressivo, em que a doença é continuamente sintomática e aumenta de gravidade; recaídas quando no curso da doença se distinguem alternâncias entre períodos estáveis, de baixa sintomatologia, e outros de agravamento; e ainda constante, em que se assiste a uma manutenção dos sintomas (Góngora, 1996).

O estigma relacionado com o diagnóstico da infeção pelo VIH/SIDA é geralmente vivido como uma crise, e esta é entendida como um momento



necessário de mudança e transformação e implica vários níveis de stress para lidar com questões como o estigma, a ambivalência, a culpabilidade e a revolta (Relvas, 2000, citada por Frade, 2008).

De acordo com a classificação do modelo (paradigma normativo) a doença crónica ocorre em três fases: crise, crónica e teminal. A fase de crise compreende o período em que os sintomas são manifestados, compreende todo o período anterior ao diagnóstico, é o período em que os sintomas são manifestados. A fase crónica ocorre entre as outras duas fases (crise e terminal), é marcada por uma progressão ou mudanças de episódios e a consequente troca adaptativa da família, em que a tarefa mais importante é a de conciliar o cuidado ao doente e manter uma certa normalidade no funcionamento familiar. Por fim, a fase terminal ocorre quando a morte se torna inevitável (Góngora, 1996; Gonzalez, Steinglas, & Reiss, 1989; Sousa et al., 1996)

Nos adultos existe um período variável desde a infeção com o VIH até ao início das doenças associadas. A SIDA aparece vários anos após a contaminação pelo VIH, o que facilita o aparecimento de várias infeções oportunistas, é um vírus que atinge todo sistema imunitário responsável pela defesa do organismo (OMS, 2010). Foram identificados dois tipos de VIH: VIH-I e o VIH-2, sendo que o VIH-1 é um vírus que causa ao longo de muitos anos, uma perda gradual da função do sistema imunitário, transmitido pela exposição à relação sexual (heterossexual ou homossexual), parental ou vertical, é o tipo predominante a nível mundiais. O VIH-2 é um vírus que ocorre mais frequentemente na África ocidental, ambos causam a SIDA a sua forma de transmissão é semelhante à do VIH-1 todavia, a sua forma de progressão para SIDA pode ser mais lenta, Kilby & Saag, 1999, citados por Powderly, 1999).

No que diz respeito aos sintomas, a infeção pelo VIH/SIDA apresenta-se em quatro quadros clínicos progressivos: a) fase aguda, em que aparecem sintomas similares a reações virológicas comuns; b) fase assintomática, em que o indivíduo não apresenta sintomas clínicos; c) fase sintomática inicial, em que o portador apresenta infeções oportunistas recorrentes leves, como na pele e nas mucosas; e d) fase da SIDA, caracterizada pelo aparecimento de doenças oportunistas mais grave (Gonçalves & Piccinini, 2008).

Neste sentido, após o indivíduo ser infetado com o VIH, no início os sintomas podem ser confundidos com outras doenças, como por exemplo a gripe. Fazem parte das características clínicas específicas da doença VIH/SIDA, o aumento dos gânglios linfáticos, febre periódica, suores noturnos, perda de peso (10% num mês sem dieta), fadiga constante, diarreia por mais de um mês, redução do apetite, canidíase oral ou genital. O VIH pode afetar também o sistema nervoso central, podendo causar lesões cerebrais e medulares. No entanto, nos pacientes em estado avançado os sintomas principais surgem 10 anos após a contaminação, tais como: toxoplasmose cerebral, pneumonia *pneumocystis*, infeção por tuberculose, linfoma, inchaço dos gânglios linfáticos com duração mais de três meses, sarcoma de Kaposi (forma rara de cancro da pele). Nesta fase, o desenvolvimento de um cancro indica que o sistema imunitário está gravemente enfraquecido (Rezende, 2005). Os sintomas da doença não

VIH/SIDA na gravidez: Qualidade de vida familiar e satisfação com a vida em contexto angolano

Ester J. Matende Gamboa da Conceição (e-mail: estermatende64@ gmail.com) 2014

seguem cronologicamente a sequência das fases acima referidas, devido à implementação de novos tratamentos, que podem fazer com que a doença não se manifeste durante muitos anos, assemelhando-se a um estado de doença crónica. Neste caso, o VIH pode estar na fase de incubação (latente) por um período de 8 a 11 anos, durante o qual as pessoas infetadas podem estar assintomáticas, mas capazes de transmitir o vírus a outras pessoas (Alvarez, 2005).

No que diz respeito às formas de transmissão, existem diversas formas, nomeadamente: a) via sexual (homossexual e heterossexual) através do sêmen, sangue e secreção vaginal; b) via sanguínea, através de agulhas e seringas contaminadas, c) por transfusão de sangue contaminado ou seus derivados; e d) pela transmissão vertical, quando a mãe é portadora do vírus durante a gravidez, parto e por aleitamento (Candundo, 2005).

Quanto ao tratamento, o início depende dos marcadores imunológicos (contagem do TCD4+ que são linfócitos T4 que constituem um grupo de células brancas do sangue que normalmente ajudam o organismo a defender-se contra bactérias, vírus e outros germes através da coordenação do sistema Imunológico). O tratamento adequado das infeções oportunistas decorrentes do VIH/SIDA é fundamentalmente para o controlo clínico dos pacientes e visa diminuir a mortalidade (Serrano, Furtado, & Simões, 2006).

Marques e Masur (1999) referem que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 30,6 milhões de homens, mulheres e crianças em todo o mundo estavam infetados com VIH, estimava-se que meio milhão de adultos vive com o VIH no Brasil, e que 25% deles são mulheres. Atualmente, seguindo a tendência mundial, o perfil da doença modificou-se e observa-se um considerável aumento da transmissão heterossexual do VIH/SIDA, em especial entre as mulheres, e a estimativa é de que existam no Brasil pelo menos 200.000 portadoras do VIH/SIDA com idade entre 20 e 49 anos (Szwarcwald & Castilho, 2000).

São ainda raros os estudos que tratam a questão da SIDA em Angola, porém, segundo o Ministério da Saúde (2011), através do Instituto Nacional de Luta contra o Sida (INLS), Angola apresenta uma das prevalências do VIH/SIDA mais baixas da região austral de África. De acordo com as mais recentes estimativas, a taxa de infeção por VIH em Angola é de 1,98%, com cerca de 172.881 adultos a viver com VIH MINSA (2011).

## **1.2. Gravidez e VIH/SIDA**

A gravidez é considerada um episódio fisiológico no qual a mulher leva no seu organismo o produto da concepção. Não é uma experiência estática nem breve, mas plena de crescimento, mudanças e desafios. De acordo com Canavarro (2001), a gravidez é uma época que psicologicamente permite a preparação para ser mãe e ensaiar cognitivamente papéis e tarefas maternas, ligar-se afetivamente à criança, iniciar o processo de reestruturação de relações para incluir o novo elemento e integrar a existência do filho na sua identidade.

A duração normal de uma gravidez varia entre 266-287 dias ou 36 a 42 semanas, e medeia o período da concepção ao parto (Canavarro, 2001;

VIH/SIDA na gravidez: Qualidade de vida familiar e satisfação com a vida em contexto angolano

Ester J. Matende Gamboa da Conceição (e-mail: estermatende64@ gmail.com) 2014

Lederman, 2006, citado por Perry, 2008). Assim, quando uma mulher engravida entra num domínio que vai para além da sua experiência pessoal. A gravidez é uma experiência que favorece várias mudanças e ajustamentos físicos e psicológicos na vida da mulher. Todavia, as transformações no corpo, na identidade e nos papéis sociais refletem-se, inevitavelmente na vida mental da mulher grávida (Colman & Colman, 1994). Neste sentido, Colman e Colman (1994) referem que cada gravidez é ímpar, cada mulher reage de forma única aos acontecimentos fisiológicos. Assim, a gravidez é simultaneamente uma transformação biológica, social e pessoal, que põe a mulher em contacto com sentimentos e significados invisíveis (Canavarro, 2001). Segundo Leal (1992), a gravidez é um processo que transcende o momento da concepção e corresponde a um período entre a concepção e o parto. Considera-se que a maternidade requer mais do que desejar ter um filho, independentemente de a gravidez ser planificada ou não, podendo ou não ser considerada como a dádiva do amor, interesse, partilha e responsabilidade.

Neste contexto, “a gravidez afeta todo sistema familiar, em que cada membro deve adaptar-se e interpretar o seu significado, tendo em vista as suas necessidades. Todavia, este processo de adaptação familiar à gravidez ocorre no seio de um ambiente cultural influenciado por tendências sociais” (Perry, 2008 p. 247).

No que diz respeito ao VIH/SIDA na gravidez, considera-se que a abordagem da problemática do VIH/SIDA no sexo feminino é múltipla e multidisciplinar. De acordo (Canavarro & Pereira, 2007), na mulher, a infeção pelo VIH/SIDA, representa algumas singularidades, uma vez que a maioria são jovens e com vida sexual ativa, existindo grande vulnerabilidade de serem infetadas pelo VIH. No entanto, esta vulnerabilidade é resultante de uma sucessão de fatores de ordem biológica, comportamental e relacional.

As mulheres com infeção pelo VIH/SIDA enfrentam dificuldades relacionadas com práticas sexuais seguras, uma vez que a possibilidade de se proteger nas relações sexuais é influenciada negativamente pelos fatores psicossociais e culturais relativos à falta de alternativas económicas, e à sua consequente dependência do homem, com a sua reduzida escolaridade, e um acesso limitado à informação (Frade, 2008; Morais Sá, Rubini, & Rocco, 2000).

A transmissão vertical envolve condições maternas e fetais. Assim, a transmissão do VIH da mulher para o feto e recém-nascido processa-se de três maneiras: da mãe para o feto ocorre através da circulação materna logo no primeiro trimestre; para o neonato ocorre durante o trabalho de parto por ingestão de sangue materno e outros fluidos infetados; para o lactente através do leite materno (Focácia, Lomar & Veronesi, 1999; Lourenço & Afonso 2009; Rezende, 2005).

A descrição do primeiro relato de transmissão materno-fetal ocorreu em 1985, desde essa época, a frequência de casos aumentou significativamente até ao ano de 1994. Com a introdução profilática de *zidovudina* (AZT) durante a gravidez, a taxa de transmissão vertical do VIH tem reduzido até cerca de 70% (Szwarcwald & Castilho, 2000). Estudos baseados em dados clínicos, serológicos e virológicos propõem que 50 a 90% da transmissão vertical do

VIH/SIDA na gravidez: Qualidade de vida familiar e satisfação com a vida em contexto angolano

Ester J. Matende Gamboa da Conceição (e-mail: estermatende64@ gmail.com) 2014

VIH ocorre no final da gravidez ou durante o parto. A taxa por transmissão intraparto é de 65%, durante a gravidez é de 23% e através do aleitamento materno 12% (Rezende, 2005).

Lorenço e Afonso (2008) referem que, apesar do conhecimento dos efeitos da infeção pelo VIH/SIDA na gravidez serem reduzidos, alguns fazem referência à possibilidade de complicações como, aborto espontâneo, morte intra-uterina, parto prematuro, hipertrofia do feto. Estas complicações estão também associadas a outros fatores como reduzidas condições sócio-económicas ou toxicodependência. Neste caso, estas gravidezes devem ser consideradas de risco (Canavarro, 2001; Perreira & Canavarro, 2012).

No entanto, a profilaxia das infeções oportunistas deve ser indicada para mulheres grávidas com contagem de células TCD4+ inferior a 200 células/mm<sup>3</sup>, com o aparecimento de doenças oportunistas e/ou com baixa imunidade, em termos de prevalência de gravidez com VIH/SIDA. Rezende (2005) refere que à escala mundial estima-se que 2,4 milhões de mulheres infetadas pelo VIH engravidam por ano e diariamente 1.600 crianças nasçam infetadas. A título de exemplo, no Brasil ocorrem aproximadamente por ano 3 milhões de partos, com cerca de 4% de grávidas infetadas, equivalente a um total de 13 mil mulheres grávidas.

No caso específico de Angola, durante muitos anos, o país vivenciou uma situação de guerra civil que deixou sequelas importantes no domínio social, económico, demográfico e cultural. Neste período de guerra registou-se a desarticulação das infra-estruturas básicas de apoio à assistência na saúde, educação, saneamento básico, assim como a migração da população rural para as áreas urbanas, na procura de segurança e melhores condições de vida. Neste sentido, esta situação contribuiu de forma significativa para a crise social no país e empobrecimento da população, predispondo-a à vulnerabilidade social e comportamentos de risco (e.g., prostituição, relações sexuais desprotegidas) que favorecem a transmissão de infeções sexuais e VIH/SIDA (Candundo, 2005). Segundo o Ministério da Saúde de Angola (2011), através do Instituto Nacional de Luta contra o Sida (INLS), no ano de 2010 foram realizados 819.329 testes a mulheres grávidas, destes 19.412 foram positivos. Neste sentido, os diversos estudos realizados pelo Ministério da Saúde de Angola (MINSA, 2011) sobre seroprevalência do VIH nas grávidas na Província da Huíla (província de Angola em que foi recolhida a amostra para o presente estudo) revelam que de 2004 a 2011 se assistiu a um aumento de casos em torno de 4% em 2005, tendo baixado em 2009 para 2,2%, voltando a subir em 2011 para 3,3%. De acordo com o relatório de luta contra o VIH/SIDA da Direção Provincial da Saúde Pública da Huíla, no Município do Lubango, os principais dados sobre a infeção por VIH/SIDA em grávidas relativos a 2013 revelaram que dos 11.094 testes realizados, 129 foram positivos.

### 1.2.1. VIH/SIDA na gravidez: Fatores de risco e de proteção

Os estudos realizados apontam para existência de alguns **fatores de vulnerabilidade/risco** relacionados com o VIH/SIDA, estes estão associados a vários aspetos negativos do comportamento materno para um maior risco de transmissão vertical do VIH (Rezende, 2005). Assim, alguns

VIH/SIDA na gravidez: Qualidade de vida familiar e satisfação com a vida em contexto angolano

Ester J. Matende Gamboa da Conceição (e-mail: estermatende64@ gmail.com) 2014

estudos apontam como fatores de risco as relações sexuais sem preservativo, vários parceiros sexuais na gravidez, tabagismo, uso de drogas ilícitas e alguns fatores socioculturais em que muitas mulheres assumem uma posição submissa nos seus relacionamentos amorosos, deixando a cargo dos homens a responsabilidade pela prática de sexo seguro (Moraes de Sá, Rubini, & Rocco, 2000). Existe ainda uma relação entre a vulnerabilidade e a contaminação pelo VIH/SIDA nas mulheres devido a fatores socioeconómicos e psicossociais que levam a comportamentos de risco (e.g., prostituição, relações sexuais desprotegidas) (Gonçalves & Piccinini, 2006).

Segundo Rezende (2005), o tabagismo está relacionado com a ocorrência de desordens imunológicas, modificações morfológicas na placenta, complicações obstétricas, assim como rotura prematura de membranas. O uso de drogas ilícitas provoca a disfunção metabólica e lesões placentárias. Neste contexto, considerando que a placenta é um órgão que constitui uma barreira entre a circulação materna e fetal, o processo infeccioso quebra a barreira placentária facilitando a transmissão transplacentária do VIH/SIDA.

O estudo levado a cabo por Rezende (2005) procurando identificar os fatores obstétricos relacionados com a transmissão materno-fetal demonstrou um maior risco de transmissão do VIH quando a rotura de membranas ocorre num período superior a 4 horas antes do parto, independentemente do tipo de parto. Para o grupo de mães em que a rotura de membranas ocorreu num período igual ou inferior a 4 horas antes do parto, a taxa de transmissão do VIH foi de 14%, comparada a 25% no grupo em que este período foi superior a 4 horas (Rezende, 2005).

Relativamente aos **fatores de proteção**, o *International Perinatal VIH Group* (Moraes de Sá et al., 2000) avaliou, num estudo de metanálise acerca de 15 estudos conduzidos na América do Norte e Europa no período de 1982 a 1996, o papel da cesariana como fator de proteção da transmissão vertical do VIH. O estudo envolveu 8.533 pares de mães e filhos, sendo que 2.706 havia efetuado a quimioprofilaxia estabelecida pelo PACTG 076 (Protocolo *Aids Clinical Trial Group*). Neste sentido, no grupo que recebeu quimioprofilaxia, com *zidovudina*, a taxa de transmissão vertical do VIH foi de 2,0% nas mães submetidas à cesariana e de 7,3% naquelas que realizaram outras modalidades de parto. No grupo que não foi submetido à terapêutica anti-retroviral, as taxas de transmissão foram de 10,4% na cesariana e 19,0% nos outros tipos de parto. Os resultados desta análise mostraram que a cesariana reduz o risco de transmissão do VIH, independentemente dos efeitos da quimioprofilaxia com a *zidovudina*. É importante considerar que os estudos avaliados nesta metanálise envolveram uma percentagem de cerca de 25,0% de grávidas que se encontravam em estado avançado da infeção pelo VIH/SIDA (Moraes de Sá et al., 2000). Por outro lado, os mesmos autores acrescentam ainda que o estudo comprovou a eficácia de administração da *zidovudina* a partir da 14<sup>a</sup> semana de gravidez e durante o trabalho de parto.

Lourenço e Afonso (2009) apontam ainda outros fatores de proteção de transmissão do VIH/SIDA de mãe ao bebé, durante o parto normal: a limpeza adequada das vias genitais de 4 em 4 horas ou de 6 em 6 horas com substâncias como virucidas especiais e verificar cortes auxiliares (e.g., a

VIH/SIDA na gravidez: Qualidade de vida familiar e satisfação com a vida em contexto angolano

Ester J. Matende Gamboa da Conceição (e-mail: estermatende64@ gmail.com) 2014

episiotomia; desinfetar o cordão umbilical antes de o retirarem da criança; limpar a criança logo após o nascimento; aumentar os cuidados na altura de amamentação da criança; e evitar dar leite materno ao bebé (Szwarcwald & Castilho, 2006). Serruya, Cecatti e Lago (2004) referem também como fator de proteção a testagem anti-VIH durante as consultas pré-natais.

### **1.2.2. VIH/SIDA na gravidez: Qualidade de vida familiar e satisfação com a vida**

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1994, citado por Frade, 2008) considera a qualidade de vida como um fenómeno material e psicológico, que engloba a avaliação do bem-estar físico, material, social e emocional, sem omitir o desenvolvimento pessoal. De acordo com Cummins (2000), a qualidade de vida é um conjunto de sete domínios que inclui: o bem-estar material, saúde, produtividade, intimidade, segurança, comunidade e o bem-estar emocional.

Cavarró e Vaz Serra (2010) definem a qualidade de vida como a combinação do bem-estar subjetivo com as condições de vida subjetivas, que inclui todos aspetos da vida que são importantes para a satisfação do indivíduo. Por sua vez, o bem-estar subjetivo relaciona-se com a avaliação que as pessoas fazem das suas próprias vidas. Neste sentido, a noção do bem-estar subjetivo para além da satisfação com a vida e da existência e ausência de emoções positivas, está também relacionada com o propósito da vida, o crescimento individual e as relações positivas com os outros, o sentimento de estar “realmente vivo” e de saber “quem realmente é”. No entanto, apesar desta diferenciação teórica, para além de dimensões mais subjetivas como a felicidade e a satisfação, outros temas como a nutrição adequada, um ambiente não adverso e uma longa vida e saudável integram o conceito de qualidade de vida. Por outro lado, os estados físicos e as capacidades funcionais, o estado psicológico e o bem-estar, as interações sociais, fatores profissionais e económicos, o estado religioso e espiritual são considerados como fatores relevantes para promoção da qualidade de vida (Canavarró & Vaz Serra, 2010).

Olson e colaboradores (1983, citados por Simões, 2008), procurando focar a sua atenção na qualidade de vida familiar, revelam que a qualidade de vida está relacionada com o nível de satisfação compreendido pelos sujeitos, por outro lado, também está relacionada com a ideia de bem-estar subjectivo. Estes autores salientam que os fatores políticos e condições sociais encontrados no meio onde o sujeito se insere, influenciam a qualidade de vida. Assim, a qualidade de vida é a percepção que o indivíduo tem do seu bem-estar, é baseada em necessidades e opções, que pode ser influenciada por fatores pessoais e ambientais ou seja no meio onde a pessoa se insere, tais como: relações íntimas, vida familiar, e amigos.

Passando a abordar a qualidade de vida dos doentes infetados pelo VIH/SIDA, Pereira e Canavarró (2010) descrevem que a importância do tratamento terapêutico anti-retroviral, as características específicas do processo de infeção pelo VIH e a inevitável progressão para SIDA, os efeitos colaterais do tratamento, bem como a conveniência em iniciar precocemente a terapêutica anti-retroviral nos portadores assintomáticos concorrem na

VIH/SIDA na gravidez: Qualidade de vida familiar e satisfação com a vida em contexto angolano

Ester J. Matende Gamboa da Conceição (e-mail: estermatende64@ gmail.com) 2014

necessidade de avaliar a qualidade de vida dessas pessoas, sendo que a melhoria da qualidade de vida, torna-se um aspeto fundamental para o cuidado e apoio às pessoas vivendo com VIH/SIDA.

Neste sentido, o programa *World Health Organization Quality of Life-VIH Group* (WHOQOL-HIV Group, 2003, citado por Pereira & Canavarro 2010) aponta para a importância da avaliação da qualidade de vida como sendo central na compreensão da forma como vive uma pessoa infetada pelo VIH. Essa importância deve-se principalmente, à natureza da própria doença caracterizada pela imprevisibilidade e pelas várias recorrências, e pela necessidade de avaliar os efeitos dos tratamentos no bem-estar dos indivíduos infetados pelo VIH. Assim, o aparecimento de um amplo conjunto de tratamentos, cujos efeitos colaterais benéficos ou adversos, podem influenciar direta ou indiretamente a qualidade de vida. Assim, com a TAR assiste-se a uma redução significativa da mortalidade bem como das incidências das principais infeções oportunistas, e por sua vez a TAR veio, neste sentido, introduzir alterações significativas na história natural da infeção pelo VIH/SIDA, constituindo uma intervenção eficaz na melhoria da sobrevivência e da qualidade de vida dos doentes infetados. Todavia apesar dos avanços nas terapêuticas, a infeção pelo VIH/SIDA continua a caracterizar-se pela presença de várias manifestações, as quais comprometem a qualidade de vida dos doentes infetados (Pereira & Canavarro, 2010).

A participação na vida laboral também é um fator central para a promoção da qualidade de vida de pessoa portadoras do VIH/SIDA (Siegel & Lekas, 2002). Neste sentido, vários estudos mencionam que os contextos sociais e a compreensão da qualidade de vida familiar são indicativos, tanto de qualidade de vida quanto de saúde das pessoas e de famílias (Duarte, Fagulha & Miranda, 2000; Santana, 2005; Diener, 1999; Manso, 2007; Rapley, 2003 citados por Simões, 2008)

Relativamente a satisfação com a vida, Simões (1992) refere que a satisfação com a vida se relaciona com aspetos seguros da própria vida, e não apenas à falta de fatores negativos. Por outro lado, a satisfação com a vida refer-se ao grau de contentamento com a maneira como tem decorrido a própria vida, tal como a componente emocional e cognitiva. Acresce que a satisfação com a vida se refere ao bem-estar considerado por indicadores como, a felicidade, a moral e satisfação com a vida representando a razão entre a afetividade positiva e a negativa (Okun et al., 1990, citados por Simões, 1992). De acordo com (Diener, 1999, citado por Bueno & Câmara, 2010), a satisfação com a vida é considerada como uma avaliação positiva que a pessoa faz da vida em geral, assim como de aspetos específicos, tais, como: família, trabalho, estudo, lazer, amigos e saúde, que constitui um componente cognitivo do bem-estar subjetivo.

## II- Objetivos

O presente estudo tem por objetivo geral estudar a qualidade de vida familiar e a satisfação com a vida numa amostra de grávidas em contexto Angolano.

De forma a alcançar o objetivo geral do presente estudo, propomos os seguintes objetivos específicos:

- a) Avaliar a consistência interna (alfa de Cronbach) associada a cada um dos instrumentos aplicados (QOL, SWLS);
- b) Analisar o perfil sociodemográfico e variáveis relacionadas com a gravidez, perfil escolar de grávidas com e sem VIH/SIDA;
- c) Comparar a qualidade de vida familiar e a satisfação com a vida das grávidas com e sem VIH/SIDA;
- d) Estudar o grau de associação existente entre a qualidade de vida familiar e a satisfação com a vida de grávidas com e sem VIH/SIDA.

## III- Metodologia

### 3.1. Seleção e recolha da amostra

A recolha da amostra foi realizada entre outubro de 2013 e janeiro de 2014. Num primeiro momento, as instituições foram contactadas no sentido de ser apresentado um pedido de autorização e apresentaram-se os objetivos do estudo. No estudo participaram dois grupos de grávidas com e sem VIH/SIDA. Os dados da amostra foram recolhidos no Hospital da Maternidade Irene Neto do Lubango.

Foram definidos diferentes critérios de inclusão na amostra: ter nacionalidade Angolana, idade igual ou superior a 18 anos, ter documento de consentimento informado assinado pela grávida, e não apresentar perturbações psiquiátricas/psicológicas. A seleção das grávidas foi feita de duas formas, dependendo do resultado do teste VIH positivo que poderia ser confirmado pelo laboratório do hospital onde se procedia à recolha dos dados; ou as grávidas poderiam vir transferidas para a maternidade central de outros centros materno-infantis com resultados do teste VIH/SIDA positivo. Após a obtenção da autorização por parte das referidas instituições, onde se efetuará a recolha dos dados, primeiro procedeu-se à recolha dos dados para o grupo de grávidas com VIH/SIDA e, posteriormente para as grávidas sem VIH/SIDA.

No momento do preenchimento dos protocolos foram apresentados os objetivos da investigação e informou-se as participantes do caráter voluntário e garantido o anonimato e a confidencialidade das suas respostas. Perante as dificuldades que algumas grávidas apresentavam (na leitura/compreensão dos itens) em preencherem os protocolos de investigação em formato de auto-resposta, a investigadora aplicou o protocolo em formato de entrevista. No momento de aplicação dos protocolos foi dispensada uma sala para a qual a grávida se dirigia no sentido de se proceder ao preenchimento do protocolo de forma individual. No dia da consulta, as grávidas eram convidadas a participarem no estudo e, caso

VIH/SIDA na gravidez: Qualidade de vida familiar e satisfação com a vida em contexto angolano

Ester J. Matende Gamboa da Conceição (e-mail: estermatende64@ gmail.com) 2014



concordassem, assinavam o documento de consentimento informado. A seguir, eram encaminhadas para a respetiva sala reservada onde se procedeu à aplicação do protocolo de avaliação.

### 3.2. Caracterização da amostra

De acordo com os dados apresentados na Tabela 1, a amostra utilizada abrange 100 grávidas subdividas em dois grupos, sendo 50 com VIH e 50 de grupo de comparação, com idades compreendidas entre 18 a 43 anos de idade.

**Tabela 1.**

*Caracterização da amostra: Variáveis sociodemográficas*

Variáveis	Amostra GVIH (n=50)		Amostra GC (n=50)		Amostra Total (N=100)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Idade</b>						
18-25	10	20.0	36	72.0	46	46.0
26-35	34	68.0	12	24.0	46	46.0
36-43	6	12.0	2	4.0	8	8.0
<b>Nível escolaridade</b>						
1º Ciclo	8	16.0	4	8.0	12	1.0
2º Ciclo	12	24.0	5	10.0	17	17.0
3º Ciclo	13	26.0	15	30.0	28	28.0
Secundário	17	34.0	26	52.0	43	43.0
<b>Estado Civil</b>						
Solteiro	11	22.0	15	30.0	26	26.0
Casado	1	2.0	4	8.0	5	5.0
União de Facto	34	68.0	30	60.0	64	64.0
Separado	1	2.0	-	-	-	1.0
Viuvo	3	6.0	1	2.0	4	4.0
<b>Etnia</b>						
Nhaneca	15	30.0	11	22.0	26	26.0
Umbundos	26	52.0	32	64.0	58	58.0
Quimbundos	3	6.0	-	-	-	3.0
Nganguela	2	4.0	7	14.0	9	9.0
Cuanhama	1	2.0	-	-	1	1.0
Outras	3	6.0	-	-	3	3.0
<b>Área de residência</b>						
Centro da cidade	2	4.0	1	2.0	3	3.0
Arredores/Bairros	47	94.0	49	98.0	96	96.0
Comuna/Sede	1	2.0	-	-	-	1.0
<b>Fonte de rendimentos</b>						
Riqueza herdada	1	2.0	1	2.0	2	2.0
Lucros, Investimento	1	2.0	-	-	-	1.0
Vencimento mensal	32	64.0	37	74.0	69	69.0
Remuneração Semanal	15	30.0	12	24.0	27	27.0
Apoio Social	1	2.0	-	-	1	1.0
<b>NSE</b>						
Baixo	15	30.0	14	28.0	29	29.0
Médio	35	70.0	36	72.0	71	71.0
Elevado	-	-	-	-	-	-

Para facilitar a análise dos dados criaram-se faixas etárias. Assim sendo, quanto à distribuição por idades, a média na amostra GVIH foi de 29.12 anos ( $DP= 4.99$ ), e no GC 24.00 anos ( $DP= 5.01$ ). Na amostra de GVIH o grupo predominante é de 26-35 anos com 68% da amostra, enquanto no GC a faixa etária predominante é de 18-25 anos, com 72%.

No que diz respeito ao nível de escolaridade 34% ( $n=17$ ) das GVIH têm o 12º ano e 52% ( $n=26$ ) para o GC. Quanto à profissão, a maioria das GVIH (66%,  $n=33$ ) são domésticas, já metade do GC ( $n= 25$ ; 50%) é estudante.

Em relação ao estado civil, a maior percentagem vai para a união de facto no grupo de GVIH ( $n=34$ ; 68%) e no GC ( $n=30$ ; 60%).

Ao nível das etnias, o GVIH é maioritariamente do grupo étnico *Umbundo* ( $n=26$ ; 52%) e *Nhaneca* ( $n =15$ ; 30%). A distribuição das grávidas do GC para a etnia segue o mesmo padrão de resultados, com uma maioria de *Umbundos* ( $n=32$ ; 64%) e *Nhanecas* ( $n=11$ ; 22%).

Relativamente à área de residência, tanto o GVIH como o GC residem nos arredores da cidade/bairro ( $n=47$ ; 94% e  $n= 49$ ; 98%), respetivamente.

No que diz respeito à fonte de rendimento, o vencimento mensal representa a categoria mais frequente para os dois grupos, sendo 64% ( $n=32$ ) para GVH e 74% ( $n=37$ ) no GC, respetivamente. Quanto ao nível socioeconómico (NSE), verificou-se que também os dois grupos (GVIH e GC) se encontram num NSE médio ( $n=35$ ; 70%;  $n = 36$ ; 72%), respetivamente<sup>1</sup>.

**Tabela 2.**

*Caracterização da amostra: Variáveis familiares*

Variáveis	Amostra GVIH ( $n=50$ )		Amostra GC ( $n=50$ )		Amostra Total ( $N=100$ )	
	$n$	%	$n$	%	$n$	%
<b>Agregado Familiar</b>						
2-5	33	66.0	31	62.0	64	64.0
6-9	17	34.0	15	30.0	32	32.0
<b>Filhos</b>						
Sim	43	86.0	32	64.0	74	74.0
Não	7	14.0	19	38.0	26	26.0
<b>Número Filhos</b>						
0-3	45	90.0	46	92.0	91	91.0
+ de 3	5	10.0	4	8.0	9	9.0
<b>Etapa Ciclo Vital</b>						
Formação casal	4	8.0	6	12.0	10	10.0
Família filhos pequenos	7	14.0	14	28.0	21	21.0
Família filhos escola	23	46.0	10	20.0	33	33.0
Família filhos adolescentes	10	20.0	3	6.0	13	13.0
Família filhos adultos	5	10.0	14	28.0	19	19.0
Outros	1	2.0	3	6.0	4	4.0

<sup>1</sup> Para uma apresentação mais exaustiva da amostra, consultar Anexo A.

A Tabela 2 faz referência à caracterização da amostra no que diz respeito às variáveis do agregado familiar. A respeito do agregado familiar, em ambos os grupos se verifica que 2-5 elementos compõem o agregado familiar.

Verificamos que 86% da amostra GVIH ( $n=43$ ) têm filhos, o mesmo sucede com 62%, ( $n=31$ ) do GC. A maioria dos sujeitos ter entre nenhum a 3 filhos (91%).

Segundo a classificação proposta por Relvas (1996), quanto à etapa do ciclo vital da família, no GC (28%;  $n=14$ ) são famílias com filhos pequenos e 28% ( $n=14$ ) são famílias com filhos adolescentes. Já no GVIH 46% ( $n=23$ ) são famílias com filhos em idade escolar.

Na Tabela 3 encontramos alguns dados relacionados com o modo de transmissão e diagnóstico do GVIH. Quanto à variável modo de transmissão 80% afirmam ter adquirido o VIH por via sexual, ao passo que 20% ( $n=10$ ) não tinham noção alguma do modo como contraíram a infeção.

O variável tempo de diagnóstico revelou que a maioria tinha um tempo consideravelmente longo de diagnóstico, embora haja 11 grávidas (22%) que revelaram ter o diagnóstico há menos de um mês.

Ao procurar saber-se se o parceiro tinha noção da doença da grávida, a maioria ( $n=35$ , 70%) afirmou que sim e 30% afirmam que não.

**Tabela 3.**

*Caracterização da amostra: Diagnóstico da GVIH*

Variáveis	Amostra GVIH ( $n = 50$ )	
	<i>n</i>	%
<b>Modo de Transmissão</b>		
Transmissão sexual	40	80.0
Não sabe	10	20.0
<b>Tempo de diagnóstico (dias)</b>		
0-29	11	22.0
30-149	6	12.0
150-269	7	14.0
270-1094	10	20.0
1095-1824	11	22.0
1925-2555	5	10.0
<b>Parceiro sabe do VIH</b>		
Sim	35	70.0
Não	15	30.0

### 3.3. Instrumentos

O protocolo de investigação utilizado envolveu os seguintes instrumentos de avaliação: Questionário Sociodemográfico, Questionário de Recolha de Dados acerca da Grávida, Qualidade de Vida (QOL) e Escala de Satisfação com a Vida (SWLS). Antes da aplicação do protocolo foi

apresentado aos participantes selecionados para o estudo um documento de consentimento informado com o objetivo de os esclarecer acerca dos objetivos do estudo, do caráter voluntário da participação, do anonimato e da confidencialidade das respostas a serem recolhidas (cf. Anexo B).

### **Questionário Sociodemográfico**

Este questionário foi construído de raiz no âmbito da edição anterior do Mestrado Integrado em Psicologia, Psicologia Clínica, subárea Sistemática Saúde e Família, e foi utilizado com a finalidade de recolher informações sociodemográficas. Com base neste questionário é possível recolher dados relativos à identificação do sujeito, o nível de escolaridade, a profissão, o estado civil, a etnia, a religião, dados da identificação do agregado familiar, área de residência, tipo de habitação, características de habitação, eletrodomésticos e conforto, bem como a principal fonte de rendimento da família (cf. Anexo C).

Através de alguns dados obtidos no questionário sociodemográfico foi criada uma fórmula de cálculo para se obter um indicador de NSE (cf. Anexo D).

Relativamente à etapa do ciclo vital da família, seguindo a classificação proposta por Relvas (1996): formação do casal, famílias com filhos pequenos ou em idade pré-escolar, famílias com filhos em idade escolar, famílias com filhos adolescentes, e famílias com filhos adultos, cada protocolo foi classificado posteriormente pelo investigador.

### **Questionário Complementar de Recolha de Dados acerca da Grávida**

Este instrumento é composto por três secções. A primeira secção é constituída por dados pessoais relativos à grávida (e.g., idade, localidade de residência, frequência de escola, abandono escolar, nível de escolaridade). Na segunda secção encontram-se questões relativas à saúde e gravidez (e.g., diagnóstico de VIH antes ou depois da gravidez, reação ao diagnóstico, modo de transmissão, tempo ocorrido desde o diagnóstico, toma da medicação prescrita, idade do primeiro namoro, número de parceiros, conhecimento de contraceptivos, gravidez planeada, tempo de gestação). A terceira secção apresenta um conjunto de questões acerca do progenitor da criança e da relação deste com a grávida (e.g., idade, estado civil, frequência de escola, nível de escolaridade completo e profissão, tipo e duração da relação, reação paterna à gravidez, progenitor da criança com VIH/SIDA). Salienta-se que há um conjunto de perguntas a que o GC não respondeu, tais como: modo de transmissão, tempo ocorrido do diagnóstico e progenitor da criança sabe do VIH/SIDA (cf. Anexo E).

### **Qualidade de Vida**

Este questionário avalia o grau de satisfação vivido pelo indivíduo em relação à qualidade de vida percebida (Olson & Barnes, 1982, citados por Simões, 2008). É um questionário de auto-resposta, construído por 40 itens, cotados numa escala de resposta de tipo *Likert* de cinco pontos (de 1 “Insatisfeito” a 5 “Extremamente satisfeito”). O instrumento é composto por 11

VIH/SIDA na gravidez: Qualidade de vida familiar e satisfação com a vida em contexto angolano

Ester J. Matende Gamboa da Conceição (e-mail: estermatende64@ gmail.com) 2014

subescalas, variando no número de itens que as compõem: Casamento e Vida Familiar (4 itens), Amigos (2 itens), Saúde (2 itens), Casa (5 itens), Educação (2 itens), Tempo (5 itens), Religião (2 itens), Emprego (2 itens), *Mass Media* (10 itens), Vizinha e comunidade (6 itens) (cf. Anexo F).

No presente estudo utilizou-se a versão adaptada (2007) e validada (2008) pelo NUSIAF Sistémica (Simões, 2008). Simões (2008), no seu estudo da consistência interna para a escala global obteve um alfa de Cronbach de .922.

### **Escala de Satisfação com a Vida**

A Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) foi elaborada por Diener, Emmons, Larsen, e Griffin (1985) e traduzida e adaptada para a população portuguesa por Simões (1992), a partir de 48 itens, foi, posteriormente reduzida para 5, evidenciando índices de fiabilidade e de validade aceitáveis. É uma escala de auto-resposta que procura medir o nível de satisfação e a maneira como o sujeito vê a própria vida (Simões, 1992). A versão utilizada no presente estudo é constituída por cinco itens. Cada um dos itens é cotado segundo a escala de *Liket* de cinco pontos variando entre 1 “Discordo muito” 2 “Discordo um pouco”, 3 “Não concordo nem discordo”, 4 “Concordo um pouco” e 5 “Concordo muito” (cf Anexo G). Simões (1992), no seu estudo de consistência interna para a escala obteve um alfa de Cronbach de .77.

### **3.4. Procedimentos estatísticos**

Com o objetivo de efetuar o tratamento estatístico de dados, utilizou-se o *software* informático SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 20.0 para Windows XP. Para este estudo foram efetuadas as seguintes análises estatísticas: estatística descritiva e estudo de frequências para a caracterização da amostra e dos itens do QOL e SWLS (*M* e *DP*); o teste de *Qui-Quadrado* para comparar as duas sub-amostras quanto a diversas variáveis relacionadas com a gravidez. Para o estudo de precisão efetuou-se a análise de consistência interna dos itens do QOL e SWLS com recurso ao coeficiente alfa de Cronbach. Na comparação dos dois grupos em relação ao resultado total do QOL e SWLS utilizamos o teste *t de student* para amostras independentes. Por fim, a análise do grau de associação entre o resultado total do QOL e do SWL recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson.

## **IV- Resultados**

### **4.1. Estudo comparativo das variáveis relacionadas a gravidez**

De acordo com os dados apresentados na Tabela 4, encontra-se uma diferença estatisticamente significativa para a variável abandono escolar com as GVIH a apresentarem maior abandono ( $n=34$ , 68%) do GC ( $n=15$ , 30%),  $\chi^2(1) = 14.446$ ,  $p < .001$ .

A perceção da gravidez mostra uma diferença estatisticamente significativa,  $\chi^2(9) = 18,622$ ,  $p = .029$ , com a maioria do GC a considerarem a

VIH/SIDA na gravidez: Qualidade de vida familiar e satisfação com a vida em contexto angolano

Ester J. Matende Gamboa da Conceição (e-mail: estermatende64@ gmail.com) 2014

gravidez como uma bênção de Deus.

No que diz respeito à reação paterna observa-se a maior percentagem de reação positiva ( $n=44,88\%$ ) no GC do que no GVIH ( $n=28,56\%$ ), sendo que os dados apontam para uma diferença estatisticamente significativa,  $\chi^2(1) = 12,698$ ,  $p < .001$ .

Quanto às outras variáveis (conhecimento contraceptivo, gravidez planeada, desejo da maternidade, tipo de relação e duração da relação), as diferenças observadas entre a distribuição dos dois grupos não alcançaram o limiar de significância estatística.

**Tabela 4.**

*Estudo comparativo Grávidas com e sem VIH/SIDA: Variáveis relacionadas a gravidez (Qui-Quadrado)*

Variáveis	Amostra GVIH ( $n=50$ )		Amostra GC ( $n=50$ )		$\chi^2$	$p$
	$n$	%	$n$	%		
<b>Abandono escolar</b>						
Sim	34	68.0	15	30.0	14.446	.000
Não	16	32.0	35	70.0		
<b>Cohecimento contraceptivo</b>						
Sim	49	98.0	48	96.0	0.344	.558
Não	1	2.0	2	4.0		
<b>Gravidez planeada</b>						
Sim	19	38.0	25	50.0	1.461	.227
Não	31	62.0	25	50.0		
<b>Desejo maternidade</b>						
Sim	49	98.0	49	98.0	.000	1000
Não	1	2.0	2	2.0		
<b>Perceção gravidez</b>						
Benção de Deus	11	22.0	26	52.0	18.622	.029
Grande responsabilidade	11	22.0	3	6.0		
Aumento família	14	28.0	8	16.0		
<b>Tipo relação</b>						
Vivem e casado	1	2.0	4	8.0		
Vivem juntos mas não casados	34	68.0	31	62.0		
Mantém relação mas não vivem	11	22.0	13	26.0	4105	.534
Não mantém relação	1	2.0	1	2.0		
Nunca mais o viu	1	2.0	1	2.0		
Outro	2	4.0	-	-		
<b>Duração relação</b>						
Menos de 1 ano	5	10.0	6	12.0	1.491	.474
1-3 anos	14	28.0	19	38.0		
Mais de 3 anos	31	62.0	25	50.0		
<b>Reação paterna gravidez</b>						
Positiva/contente	28	56.0	44	88.0	12.698	.000
Negativa/Indiferente/	22	44.0	6	12.0		
Não gostou						

No que diz respeito aos factores de risco apresentados na Tabela 5, quanto ao número de parceiros, as GVIH têm em média mais parceiros ( $M=2.64$ ,  $DP= 1.35$ ) em relação às GC ( $M=2.04$   $DP= 1.01$ ), pelo que o resultado do teste  $t$  desta variável aponta para uma diferença estatisticamente significativa,  $t(98) = 2.515$ ,  $p=.014$ .

No diz respeito às variáveis número de reprovações, idade do primeiro namoro e da primeira experiência sexual não se obteve uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

**Tabela 5.**

*Fatores de risco: Estudo comparativo: GVIH e GC*

Variáveis	Grupo VIH		GC		$t(98)$	$p$
	$M$	$DP$	$M$	$DP$		
Número reprovações	1.36	1.14	1.56	1.26	-0.831	.408
Idade 1º namoro	17.02	1.87	16.52	1.59	1.440	.153
Idade 1ª atividade sexual	17.36	1.93	17.38	1.48	-0.058	.954
Número parceiros	2.64	1.35	2.04	1.01	2.515	.014

#### 4.2. Estatística descritiva e consistência interna: QOL e SWLS

Ao aplicar um determinado instrumento de avaliação, é relevante avaliar a sua fidelidade ou seja, a precisão com que ele mede a correlação entre respostas. Neste contexto, pode-se dizer que a fidelidade é o grau com que o resultado de um teste permanece com diferenças estáveis individualmente em qualquer ocasião (Almeida & Freire, 2003). Segundo Almeida e Freire (2003), o alfa de Cronbach é o procedimento estatístico utilizado para a análise da consistência interna de escalas do tipo *Likert*, como é o caso do QOL e da SWLS.

No que diz respeito à estatística descritiva, da Tabela 6 constata-se que o item com a média mais baixa é o 39 ( $M=1.62$ ;  $DP=0.78$ ) “Qual o seu nível de satisfação com as instalações recreativas (parques, recintos para recreio, programas, etc.)?” e o item com a média mais elevada é o 3 ( $M=3.44$ ;  $DP=0.72$ ) “Qual o seu nível de satisfação com os seus filhos?”.

O alfa de Cronbach para os itens do QOL para a amostra total no presente estudo foi de .896. Para examinar a contribuição de cada item para a consistência interna do instrumento, procedeu-se ao estudo da correlação de cada item com o total da escala. Assim, da análise dos dados apresentados na Tabela 6 verificamos que existem alguns itens que prejudicam a consistência interna da escala por terem uma correlação inferior a .30, uma vez que o valor da consistência interna aumentaria caso fossem eliminados. Trata-se de itens como o 3, 4, 5, 14, 27, 39 e 40 caso estes itens sejam eliminados, o valor do alfa de Cronbach aumentaria para .896.

**Tabela 6.***Estatística descritiva e estudo da consistência interna: QOL*

Itens QOL	M	DP	Correlação Item-total corrigida	Alfa com eliminação do item
1	2.97	0.66	.465	.892
2	2.69	0.83	.402	.893
3	3.44	0.72	.201	.896
4	3.17	0.59	.214	.896
5	2.76	0.78	.198	.896
6	2.84	0.76	.445	.893
7	2.60	0.88	.396	.893
8	2.81	0.65	.344	.894
9	2.53	0.82	.581	.890
10	2.61	0.72	.505	.892
11	2.80	0.64	.459	.893
12	2.64	0.72	.444	.893
13	2.54	0.74	.435	.893
14	2.09	0.81	.219	.896
15	2.73	0.65	.382	.894
16	2.66	0.64	.279	.895
17	2.75	0.72	.409	.893
18	2.70	0.64	.430	.893
19	2.84	0.60	.444	.893
20	2.60	0.83	.404	.893
21	2.83	0.69	.432	.893
22	2.55	0.76	.503	.892
23	2.69	0.75	.290	.895
24	2.56	0.72	.397	.893
25	2.48	0.77	.405	.893
26	2.69	0.73	.264	.895
27	2.08	0.80	.248	.896
28	2.47	0.82	.333	.894
29	2.48	0.73	.542	.891
30	2.35	0.78	.651	.889
31	2.24	0.77	.499	.892
32	2.70	0.89	.330	.895
33	2.41	0.78	.653	.889
34	2.31	0.85	.633	.889
35	2.47	0.77	.457	.892
36	2.57	0.67	.459	.893
37	2.35	0.80	.380	.894
38	2.43	0.78	.362	.894
39	1.62	0.78	.248	.896
40	2.25	0.88	.250	.896

Na Tabela 7 poderá verificar-se a comparação dos valores dos coeficientes alfa de Cronbach (fatores e escala total) entre os resultados do estudo de validação (Simões, 2008) e os do presente estudo (cf. Anexo H).

VIH/SIDA na gravidez: Qualidade de vida familiar e satisfação com a vida em contexto angolano

Ester J. Matende Gamboa da Conceição (e-mail: estermatende64@ gmail.com) 2014



No que diz respeito aos resultados do alfa de Cronbach para a escala total obtivemos um índice de fiabilidade elevado, aproximado ao alfa obtido por Simões (2008). Todos os valores obtidos no estudo de validação para a população portuguesa são superiores para os vários factores estudados. Os factores *Mass Media* (.353), Relações Sociais e Saúde (.490), Família e Conjugalidade (.429), Filhos (.335) e Educação (.380) apresentam um alfa de Cronbach com valores bastante reduzidos comparativamente aos valores obtidos por Simões (2008).

**Tabela 7.**

*Estudo comparativo do alfa de Cronbach: Estudo de Simões (2008) e presente estudo*

Fator QOL	Alfa Cronbach (Simões, 2008)	Alfa Cronbach (Estudo presente)
1.Bem-Estar Financeiro	.891	.798
2.Tempo	.979	.729
3.Vizinhança e Comunidade	.888	.711
4.Casa	.900	.692
5. <i>Mass Media</i>	.805	.353
6.Relações Sociais e Saúde	.735	.490
7.Emprego	.739	.637
8.Religião	.971	.667
9.Família e Conjugalidade	.797	.429
10.Filhos	.796	.335
11.Educação	.825	.380
Escala Total	.922	.896

Na Tabela 8 apresentamos os resultados da estatística descritiva e do alfa de Cronbach dos itens da SWLS. O item com a média mais elevada é o item 3 ( $M=3.90$ ,  $DP=1.48$ ) e o item com a média mais baixa é o item 5 ( $M=2.73$ ,  $DP=1.54$ ). Nesta análise obtivemos um alfa de Cronbach de .787. A análise de correlação entre os item e o total da escala aponta para um funcionamento adequado dos cinco itens, todos com correlações entre .456 e .665.

**Tabela 8.**

*Estatística descritiva e estudo da consistência interna: SWLS*

Itens SWLS	<i>M</i>	<i>DP</i>	Correlação item-total	Alfa com eliminação do item
1	2.90	1.50	.630	.725
2	2.92	1.43	.665	.714
3	3.90	1.35	.512	.764
4	3.32	1.48	.570	.745
5	2.73	1.54	.456	.784

### 4.3. Qualidade de vida familiar e satisfação com a vida: Grávidas com e sem VIH/SIDA

Na Tabela 9 encontra-se a comparação entre os dois grupos estudados, para os vários fatores do QOL e resultado total, bem como da SWLS.

No que diz respeito ao Bem-Estar Financeiro observa-se que o GC apresenta uma média superior ( $M=15.62$ ,  $DP=2.94$ ) comparado com o GVIH ( $M=13.16$ ,  $DP=3.30$ ), havendo uma diferença estatisticamente significativa entre os grupo,  $t(98)=-3.933$ ,  $p < .001$ .

Relativamente à Casa também se verifica que o GC tem uma média superior ( $M=13.76$ ,  $DP=2.28$ ) em relação ao GVIH ( $M=12.48$ ,  $DP=2.46$ ). Os resultados aponta para uma diferença estatisticamente significativa,  $t(98)=-2.698$ ,  $p=.008$ .

Quanto às Relações Sociais, observa-se que o GC apresenta uma média superior ( $M=11.74$ ;  $DP=1.95$ ) comparado com o GVIH ( $M=10.28$ ,  $DP=1.67$ ) mostrando que existe uma diferença estatisticamente significativa,  $t(98)=-4.029$ ,  $p < .001$ .

No que diz respeito ao fator Família e Conjugalidade, verificamos que o GC apresenta uma média superior ( $M=6.04$ ,  $DP=1.18$ ) em relação ao GVIH ( $M=5.28$ ,  $DP=1.09$ ), os resultados indicam para uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos,  $t(98)=-3.351$ ,  $p=.001$ .

**Tabela 9.**

*Qualidade de vida e satisfação com a vida: Grávidas com e sem VIH/SIDA*

Variáveis	Amostra GVIH ( $n = 50$ )		Amostra GC ( $n = 50$ )		$t(98)$	$p$
	$M$	$DP$	$M$	$DP$		
Bem-Estar Financeiro	13.16	3.30	15.62	2.94	-3.933	.000
Tempo	10.74	2.22	11.16	1.50	-1.108	.271
Vizinhança	13.20	2.94	14.18	3.01	-1.647	.103
Casa	12.48	2.46	13.76	2.28	-2.698	.008
Mass Media	6.94	1.50	7.54	1.57	-1.953	.054
Relações sociais	10.28	1.67	11,74	1.95	-4,029	.000
Emprego	5.08	1.26	5.42	1.16	-1.403	.164
Religião	5.28	1.11	5.46	1.39	-.717	.475
Família e conjugalidade	5.28	1.09	6.04	1.18	-3.351	.001
Filhos	6.34	1.08	6.88	0.87	-3.750	.007
Educação	4.62	1.03	5.02	1.24	-1.759	.082
Total QOL	98.22	12.62	108.36	12.11	-4.100	.001
Total SWLS	14.26	5.39	17.28	4.95	-2,914	.004

Por fim, relativamente ao fator Filhos, mais uma vez o GC apresenta uma média superior ( $M=6.88$ ,  $DP=0.87$ ) comparando com o GVIH ( $M=6.34$ ,  $DP=1.08$ ), também o resultado aponta para uma diferença estatisticamente significativa,  $t(98) = -3.750$ ,  $p=.007$ .

Para o resultado total do QOL verificamos que o GC apresenta uma média superior ( $M=108.36$ ,  $DP= 12.15$ ,) em comparação com as GVIH ( $M=98.22$ ,  $DP=12.62$ ), sendo o resultado estatisticamente significativo,  $t(98) = -4.100$ ,  $p=.001$ .

Relativamente à SWLS, mais uma vez o GC tem uma média superior ( $M=17.28$ ,  $DP= 4.95$ ) em relação ao GVIH ( $M=14.26$ ,  $DP=5.39$ ), havendo também uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos,  $t(98) = -2.914$ ,  $p=.004$ .

#### 4.4. Grau de associação entre qualidade de vida familiar e satisfação com a vida

Neste tópico pretendemos avaliar o nível de associação entre os resultados do QOL e da SWLS.

Obteve-se uma correlação para a amostra total entre o resultado total do QOL e da SWLS estatisticamente significativa, positiva e moderada ( $r=.603$ ,  $p<.001$ ). No que diz respeito ao grupo de GVIH verificamos uma associação estatisticamente significativa ( $r=.599$ ,  $p<.001$ ), igualmente moderada e positiva. Relativamente ao GC, também observamos um grau de associação estatisticamente significativo, positivo e moderado ( $r=.513$ ,  $p<.001$ ).

### V- Discussão

O presente estudo apresenta uma investigação de um carácter exploratório sobre o VIH/SIDA na gravidez em contexto angolano. A **caracterização da amostra** obedeceu um método de amostragem não probabilístico. Constatamos que a maior parte da amostra do presente estudo tem idades compreendidas entre 18 e 43 anos, para os dois grupos (GVIH e GC), o que de facto isto vai ao encontro com a revisão teórica efetuada em que se observou que o VIH/SIDA atinge cada vez mais mulheres em idade reprodutiva entre os 20 e os 49 anos (Lourenço & Afonso, 2009).

De acordo com Barreira (2005), estima-se que, no ano de 2005 Angola possuía 15.941.00 habitantes, dos quais a maioria é da etnia *Ovimbundo*, seguida dos *Kimbundus* e *Bakongos*, sendo as outras etnias com menos expressão em termos quantitativos. Estes dados vão de encontro aos que obtivemos no presente estudo, verificamos que uma grande percentagem (52%) da nossa amostra é *Ovimbundo*, seguida de uma percentagem mais reduzida (30%) pertencente à etnia *Nhaneca*.

Em relação ao nível de escolaridade, observou-se que as GVIH têm um nível de escolaridade mais baixo comparado com o GC. Relativamente à profissão, os resultados do nosso estudo indicam que as grávidas do GVIH são maioritariamente domésticas, em relação ao GC em

VIH/SIDA na gravidez: Qualidade de vida familiar e satisfação com a vida em contexto angolano

Ester J. Matende Gamboa da Conceição (e-mail: estermatende64@gmail.com) 2014

que encontramos outras profissões e na maioria são empregadas. A participação na vida laboral considera-se também como, um fator importante para a promoção da qualidade de vida das pessoas vivendo com o VIH/SIDA (Siegel & Lekas, 2002). A obtenção destes resultados poderá influenciar os resultados obtidos ao comparar os dois grupos no QOL.

Quanto à religião, maioritariamente os dois grupos pertencem à religião católica. No presente estudo verificamos que uma grande percentagem de grávidas possuem um NSE baixo, independentemente do grupo em que se encontram. Relativamente à área de residência, a maior parte do grupo de GC vivem nos arredores da cidade. Estes dados são relevantes na conjuntura económica-política de Angola, uma vez que a pobreza e a baixa escolaridade são consideradas como fatores de risco para se contrair as doenças de transmissão sexual e o VIH/SIDA (Candundo, 2005).

Existem várias formas de transmissão do VIH tais como: via sexual através do sémen, sangue e secreção vaginal; via sanguínea, através de agulhas e seringas contaminadas, por transfusão de sangue; e pela transmissão vertical, parto e por aleitamento (Candundo, 2005). Observou-se ainda que a variável modo de transmissão com resultados mais elevados refletem que a maioria das GVIH sabiam o modo pelo qual adquiriram o vírus, sendo este a via sexual. Estes resultados vão de encontro com a literatura onde se afirma que o principal modo de transmissão tem sido a via sexual (Candundo, 2005; Rezende, 2005). Vai igualmente de encontro com a realidade angolana onde é comum assistir-se a uma proliferação da doença por essa via. Facto este que é relatado pelos próprios GCVIH e não só. Outra agravante é o “espírito de vingança” que reina em muitos portadores da doença, que procuram, de forma intencional, passar a doença a outras pessoas.

O tempo de diagnóstico varia por um período de 8 a 11 anos, durante o qual as pessoas infetadas podem estar assintomáticas, mas capazes de transmitir o vírus a outras pessoas (Alvarez, 2005). O tempo de diagnóstico é outra variável analisada onde podemos constatar que apesar do receio existente na população angolana no que diz respeito à adesão aos testes de diagnóstico do VIH, já se assiste a uma evolução, pois a maior parte das pessoas já aderem a essa prática. Os dados mostram que a maior parte das GVIH já têm o seu diagnóstico há algum tempo, o que revela esta tendência.

Por último, na variável parceiro sabe do VIH da grávida, podemos notar que a maior parte dos mesmos tem noção da doença da sua parceira. Entretanto, este indicador poderia ser melhorado se não existisse em Angola, o receio de quem vive com a doença da própria sociedade, dos seus amigos, filhos, parceiros e até pais. Receio este que resulta do estigma social, do rótulo, da discriminação, do medo de ser rejeitado e abandonado(a), entre tantos outros. A literatura já refere que a pessoa vivendo com VIH é geralmente estigmatizada no serviço, nas relações sociais e pelo próprio parceiro (Frade, 2008). O estigma relacionado ao diagnóstico da infeção pelo VIH/SIDA geralmente, é vivido como uma crise, e esta é entendida como um momento necessário de mudança e transformação e implica vários níveis de stress para lidar com o estigma, a ambivalência, a culpabilidade e a revolta

VIH/SIDA na gravidez: Qualidade de vida familiar e satisfação com a vida em contexto angolano

Ester J. Matende Gamboa da Conceição (e-mail: estermatende64@gmail.com) 2014

(Relvas, 2000, citada por Frade, 2008). Viver com uma doença crónica (VIH/SIDA) exige necessariamente uma reedificação da própria vida, que envolve habilidades específicas para lidar com os sintomas, com as consequências da doença, e com o ajustamento à doença em relação às relações sociais (Gonzalez, Steinglass, & Reiss, 1989).

**Relativamente ao estudo de comparação das variáveis entre grávidas com e sem VIH/SIDA** verificou-se uma diferença estatisticamente significativa para a variável abandono escolar. Pelo que as grávidas com GVIH apresentam uma maior taxa de abandono escolar, o poderá estar relacionado com o facto do VIH/SIDA enfraquecer o organismo (Canavarro & Pereira, 2007) e, deste modo, resultar numa consequente dificuldade em frequentar a escola. Em relação à percepção da gravidez, o GVIH considera ser uma bênção de Deus uma responsabilidade e um aumento da família, isso vai de encontro com a cultura angolana, que considera os filhos como uma fonte de riqueza e apoio para a família. Outra diferença de realce vai para a reação paterna, em que verificamos que o GVIH sente-se mais insatisfeito em relação ao GC.

Os resultados do estudo mostraram que tanto o GVIH como o GC começou a sua vida amorosa ou sexual com uma média de idade considerada precoce. Isto vai de encontro com a realidade angolana, em que nalgumas culturas, a mulher é tida como um objeto de procriação, em que a sua tarefa principal é a de gerar filhos para aumento da família e riqueza. Todavia, o GVIH apresenta um comportamento sexual de risco, com vários parceiros sexuais. Pelo que, segundo a literatura, vários parceiros sexuais favorecem o risco de contrair infeções sexualmente transmissíveis, incluindo VIH/SIDA (Rezende, 2005). Para as pessoas com baixo nível de escolaridade, a mulher assume um papel de submissão deixando que o marido defina por si as regras de comportamento sexual, a falta de informação para uma vida sexualmente segura pode levar as mulheres a práticas sexuais não segura. E tendo em conta que Angola regista ainda o fenómeno do analfabetismo e reconstrução das infraestruturas destruídas com a guerra, os resultados do presente estudo mostram que o número de reprovações é superior no GVIH em relação GC. Neste contexto, embora o GVIH se encontrem a estudar, este não deixa de ser um fator de risco (Canavarro & Pereira, 2007).

**Relativamente ao estudo de consistência interna QOL**, os resultados no nosso estudo apresentam um alfa de Cronbach de .896 que indica uma fiabilidade elevada, e aproxima-se muito do valor encontrado no estudo de Simões .922 para a população portuguesa (2008). Todavia, podemos observar no nosso estudo uns valores mais reduzidos nos coeficientes alfa de Cronbach no que concerne as Relações Sociais, Família e Conjugabilidade, Educação, Mass Media, e Filhos (todos abaixo de .50).

No que diz respeito aos **resultados da consistência interna e estatística da SWLS**, o valor do alfa de Cronbach para o presente estudo (.787) revela-se muito satisfatório quando comparado com o estudo de Simões (1992), com um coeficiente alfa de Cronbach de .77.

**Relativamente ao estudo de comparação entre grávidas com VIH/SIDA e GC no que concerne a qualidade de vida familiar**, observamos

VIH/SIDA na gravidez: Qualidade de vida familiar e satisfação com a vida em contexto angolano

Ester J. Matende Gamboa da Conceição (e-mail: estermatende64@ gmail.com) 2014

que as GC apresentam uma média superior em relação ao GVIH no que diz respeito à sua percepção da qualidade de vida familiar, pensamos que esta diferença resulta do facto de pessoas vivendo com VIH/SIDA passarem por diversas dificuldades de enfrentar a vida com esta doença fortemente estigmatizada. Cavarro e Vaz Serra (2010) definem a qualidade de vida como a combinação do bem-estar subjetivo com as condições de vida subjetivas, e isto inclui todos aspetos da vida que são importantes para a satisfação do indivíduo. Acresce que, uma qualidade de vida e uma satisfação com a vida menos adequadas podem levar a um descontentamento e desafios às normas familiares (Olson et al., 1983 citados por Simões, 2008). Olhando para os fatores do QOL, enquanto o GVIH apresentam média mais baixa no Bem-Estar Financeiro, Casa, Relações Sociais Família e Conjugalidade e Filhos, o GC tem melhores resultados. Estes resultados são congruentes com as maiores dificuldades familiares e até com a menor taxa de empregabilidade encontrada na caracterização da amostra.

**Quanto ao grau de associação entre os resultados totais do QOL e SWLS,** verificamos que existe uma correlação positiva moderadamente significativa entre a qualidade de vida e a satisfação com a vida. Neste sentido, podemos concluir que quanto maior for a qualidade de vida, melhor tende a ser a satisfação com a vida. Simões (1992) refere que a satisfação com a vida se relaciona com aspetos seguros da própria vida, e não apenas à falta de fatores negativos. Pereira e Canavarro (2010) fazem referência à qualidade de vida dos doentes infetados pelo VIH/SIDA e descrevem a importância do tratamento terapêutico anti-retroviral, referindo que as características específicas do processo de infeção pelo VIH e a inevitável progressão para SIDA, os efeitos colaterais do tratamento, bem como a conveniência em iniciar precocemente a terapêutica anti-retroviral nos portadores assintomáticos concorrem na necessidade impreterível de avaliar a qualidade de vida dessas pessoas, sendo que a melhoria da qualidade de vida, torna-se um aspeto fundamental para o cuidado e apoio às pessoas vivendo com VIH/SIDA.

São ainda poucos os estudos realizados nesta área, em particular em contexto angolano. A reflexão acerca dos resultados encontrados servirá na articulação entre estes, os modelos teóricos e os resultados de outros estudos realizados na mesma área para ajudar a compreender e estabelecer a ponte com a realidade angolana. Angola vivenciou momentos de guerra pelo que as infraestruturas foram destruídas deixando muitas pessoas fora do ensino e pobreza, isto poderá ter insentivado, em certa medida, as mulheres a prostituírem-se na procura de melhores condições de vida. O Governo angolano tem feito esforço para o bem-estar da população, no país, estão sendo desenvolvidas ações educativas de prevenção contra a SIDA, foi implementado o programa de instalação de centros de testagem e aconselhamento voluntário, bem como o rastreio e tratamento das mulheres grávidas portadoras de VIH, que visa a redução do número de casos de infeção na população, dando maior atenção aos casos de transmissão vertical.

Por fim, este trabalho tem a vantagem de apresentar um estudo de carater inovador para a realidade angolana, que também poderá conduzir a

VIH/SIDA na gravidez: Qualidade de vida familiar e satisfação com a vida em contexto angolano

Ester J. Matende Gamboa da Conceição (e-mail: estermatende64@ gmail.com) 2014

uma reflexão profunda de profissionais e instituições estatais e privadas acerca das estratégias de ação voltadas para o apoio às grávidas e suas famílias. Outra vantagem deste estudo relaciona-se com a dimensão da amostra, que foi constituída por 100 grávidas.

Apesar da vantagem podemos apresentar algumas limitações ao presente estudo, embora os resultados alcançados neste estudo irem de encontro à literatura, poderão ser adaptados e validados os instrumentos de avaliação para a população angolana com adaptação de alguns itens, que poderão assim proporcionar uma maior robustez aos estudos futuros a realizar. Outra limitação do nosso estudo está relacionada com facto de a amostra ter sido recolhida em apenas uma instituição, cujas utentes poderão acabar por não serem representativas da população de grávidas com e sem VIH/SIDA de Angola.

## **VI- Conclusões**

O presente estudo apresenta uma contribuição que pode marcar o início de outros em contexto Angolano. Neste estudo pretendeu-se comparar a percepção da qualidade de vida e a satisfação com a vida das grávidas com e sem VIH/SIDA. O VIH/SIDA na gravidez constitui um problema para a sociedade angolana. A gravidez com VIH/SIDA pode aumentar o risco de contrair outras infeções oportunistas bem como elevar a taxa de morbilidade e mortalidade materna infantil (Serrano et al., 2006), esta realidade é bem patente nas elevadas taxas de mortalidade materna nas maternidades angolanas.

Assim, os resultados alcançados no nosso estudo apontam para a existência de uma diferença significativa entre os dois grupos, quer ao nível da qualidade de vida familiar quer ao nível da satisfação com a vida. Entende-se que ser mãe constitui um processo bastante complexo para qualquer mulher e envolve um turbilhão de emoções, tais como: sentimentos negativos, culpabilidade, ambivalência. Neste sentido, para as mães portadoras do VIH/SIDA, essa complexidade é aumentada pelos desafios estabelecidos pela infeção, resultantes em sobrecargas individuais para as suas relações familiares e sociais, associadas à revelação ou não do diagnóstico e ao estigma relacionado ao VIH/SIDA. Os resultados do presente estudo vão de encontro à literatura, indicando como fator principal para a ocorrência de transmissão do VIH, as relações sexuais não protegidas (Candundo, 2005; Rezende, 2005).

Sugerimos a necessidade de uma maior articulação entre a investigação e as entidades governamentais, uma vez que o país necessita de reduzir as taxas de transmissão vertical do VIH/SIDA, e promover a saúde e a qualidade de vida familiar das mães portadoras do VIH/SIDA, dos seus filho e familiares.

## Bibliografia

- Almeida, L. S., & Freire, T. (2003). *Metodologia de investigação em psicologia e educação* (5ªed.). Braga: Psiquilíbrios.
- Alvarez, M. J. (2005). *Representações cognitivas e comportamentos sexuais de risco: O guião e as teorias implícitas da personalidade nos comportamentos de proteção sexual*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Barreira, R. (2005). *Angola, 30 anos: Os grandes desafios do futuro: Educação, cultura, economia, saúde, tecnologia, democracia, direitos humanos, preservação do meio ambiente*. Luanda: Tipografia Peres.
- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e maternidade – Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C. (2010). Determinantes da qualidade de vida dos doentes infetados pelo vírus da Imunodeficiência Adquirida. In M. C. Canavarro & M. Pereira. *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. (pp. 3 -21). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro, M. C. & Pereira, M. (2007). Vulnerabilidade de género e outras dimensões de influência na adaptação ao VIH/SIDA e à gravidez e maternidade. *Análise Psicológica*, 25 (3), 503-515.
- Canavarro, M. C. & Pereira, M. (2012). Planeamento da gravidez na adaptação à transição para a maternidade de grávidas infetadas pelo VIH. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 28(2), 106-114.
- Canavarro, M. C., & Vaz Serra, A. (2010). Qualidade de vida: Significados e níveis de análise. In M. C. Canavarro & A.Vaz Serra. *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. (pp.3.21). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Candundo, G. (2005). *Infeções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA: Conhecimento e crença acerca dos riscos entre estudantes do ensino médio de Lubango, Angola* (Tese de mestrado). Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
- Carvalho, F.T., & Piccinini, C. A. (2006). Maternidade em situação de infeção pelo VIH: Um estudo sobre os sentimentos de gestantes. *Interação em Psicologia*, 10 (2), 345-355.
- Ciambrone, D. (2001). Illness and other assaults on self: The relative impact of HIV/AIDS on women's lives. *Sociology of Health an Illness*, 23(4), 517-540.
- Commins, R. A. (2000). Objective and subjective quality of life: An interactive model. *Social Indicators Research*, 52 (1), 55-72.
- Coolman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Colibri.
- Die-Trill, M., & Holland, J. (1995). A model curriculum for training in psycho-oncology. *Psycho-Oncology*, 4 (3), 169-182.
- Fagulha, T., Duarte, M. E., & Miranda, M. J. (2000). A qualidade de vida: Uma nova dimensão psicológica? *Psicologica*. (25), 5-17.
- Frade, M. F. G. (2008). *Conhecimentos comportamentos e atitudes de mulheres infetadas pelo VIH/SIDA* (Tese de mestrado publicado) Coimbra
- Gonçalves, T. R., & Piccinini, C. A. (2008). Experiência da maternidade no Contexto do HIV/Aids aos três meses de vida do bebé. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, VIH/SIDA na gravidez: Qualidade de vida familiar e satisfação com a vida em contexto angolano
- Ester J. Matende Gamboa da Conceição (e-mail: estermatende64@ gmail.com) 2014



- 24 (4), 459-470.
- Góngora, J. N. (1996). Famílias com personas discapacitadas: Características y fórmulas de intervención. Castilla e Leon: Consejería de Sanidad y Bienestar Social.
- Gonzales, S. S. P., & Reiss, D. (1989). Putting the illness in its place: Discussion groups for families with chronic medical illnesses. *Family Process*, 28 (1), 69-87.
- Group, T. W. (1998). The Word health organization quality of lif assessment (WHOQOL): Devolopment and general psichometric properties. *Social Science & Medicine*, 46 (12), 1569 -1585.
- Knauth, D., & Costa, A. (1997). Maternidade sob o signo da Aids: Um estudo sobre mulheres infetadas. In: A. O. Costa (Org), *Direitos tardios: Saúde, sexualidade e reprodução na américa latina*, (pp. 39-64). São Paulo: Editora 34.
- Leal, I. (1992). Psicologia da maternidade: Alguns aspetos da teoria e prática de intervenção. *Análise Psicológica*, 10 (2), 229-234.
- Lourenço. S. R. P., & Afonso, H.G. M. (2009). VIH no feminino: Vivência Psicológica, 62 (1), 119-124.
- McDaniel, S., Hepwerth, J., & Doherty, W. (1994). Os desafios da doença crónica. In Mc Daniel, J. Hepwerth, & W. Doherty (Orgs.), *Terapia familiar médica: Um enfoque biopsicossocial às famílias com problemas de saúde* (pp.179-204). Porto Alegre: ArtMéd.
- Ministério da Saúde Angola. (2011). *Instituto Nacional de Luta Contra a Sida: Plano Nacional de Monitorização e Avaliação da resposta ao VIH/SIDA*.
- Morais Sá, C. A., Rubini, N., & Rocco, R. (2005). Aids & gravidez. In Rezende J., *Obstetrícia*. (pp. 595 - 599). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Organização Mundial da Saúde (2010). *Cuidados a casos de SIDA*. Genebra: OMS.
- Perry, L. (2008). *Enfermagem na maternidade*. (7ªed). Porto: Lusodidacta.
- Powederly, W G. (1999). *Manual de terapêutico VIH*. Porto Alegre: Artmed.
- Rapley, M. (2003). *Quality of life resarch*. London: SAGE.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família. Perspetiva sistémica*. Porto: Afrontamento.
- Rezende, J. (2005). *Obstetrícia* (10ª ed). Rio de Janeiro: Guanabara.
- Rolland, J. S. (1990). Antecipatry loss: A family systems developmental framentwork. *Family Process*, 29 (3).229-244.
- Rolland, J. S. (1984). Toward psicossocial typology of chronic-theatening illness. *Family System Medicine*, 2, 245-262.
- Rooco, R. L. H., & Cabral, A. C. V. (2003). Morbidade associada a cesariana eletiva em portadoras do VIH. *Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrica*, 25(5).
- Serrano, D., Lucia, F., & Julieta, S. (2006). Diretrizes para profilaxia e tratamento. *Normas sobre tratamento anti-retroviral*. Luanda
- Serruya, S. J., Cecatti, G., & Lago, T. G. (2004). O programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério de Saúde no Brasil: Resultados iniciais. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (5), 1281-1289.
- Siegel, K., & Lekas, H. M. (2002). AIDS as chronic illness: Psychosocial implications. *Aids*, 16 (4), 69-76.
- Simões, A. (1992). Ulterior Validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26 (3), 503-515.

- Simões, J. M. L. (2008). Qualidade de vida: estudo de validação para a população portuguesa (Tese de mestrado). Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra.
- Sousa, J. P. B., Swarcwald, C. L., Barbosa, J. A., Carvalho, M. F., & Castilho, E. A. (2004). Infecção pelo VIH durante a gestação: Estudo Sentinela Parturiente. *Revista de Saúde Pública*, 38 (6), 764-772.
- Sousa, L., Mendes, A., Relvas, A. P. (1996). *Enfrentar a velhice e a doença crónica – Apoio das unidades de saúde a doentes crónicos, idosos e suas famílias*. Porto: Climepsi.
- Strelhow, M. R. W., Bueno, C. O., Câmara, G. S. Percepção de saúde e satisfação com a vida em adolescentes: diferença entre sexos. *Revista Psicologia e Saúde*, 2(2), 42-49.
- Szwarcwald, C. L., & Castilho, E. A. (2000). Estimativa do número de pessoas de 15 a 49 anos infetadas pelo HIV, Brasil, 1998. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (Supl.1), 135-141.
- Veronesi, R., Focaccia, R., & Lomar, A. V. (1999). *Retrovíruses humanas HIV/AIDS: Etiologia, patogenia, patologia clínica, tratamento, prevenção*. São Paulo: Atheneu.

# **ANEXOS**

Quadro A1.

*Caracterização Complementar da Amostra*

Variáveis	Amostra GVIH (n=50)		Amostra GC (n=50)		Amostra Total (N=100)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Profissão</b>						
Balconista	1	2.0	-	-	1	1.0
Catalogadora	1	2.0	-	-	1	1.0
Comerciante	-	-	1	2.0	1	1.0
Contabilista	-	-	1	2.0	1	1.0
Doméstica	33	66.0	11	22.0	44	44.0
Educ. Infância	-	-	1	2.0	1	1.0
Escriturária	-	-	1	2.0	1	1.0
Estudante	8	16.0	25	50.0	33	33.0
Farmacêutico	1	2.0	-	-	1	2.0
Func. Caixa	-	-	1	2.0	1	1.0
Limpeza	-	-	3	6.0	3	3.0
Professora	6	12.0	4	8.0	10	10.0
Recepcionista	-	-	1	2.0	1	1.0
Telecomunicação	-	-	1	2.0	1	1.0
<b>Religião</b>						
Católica	21	42.0	28	56.0	49	49.0
Evangélica	8	16.0	13	26.0	21	21.0
Adventista 7º dia	5	10.0	2	4.0	7	7.0
Igreja Universal RD	2	4.0	2	4.0	4	4.0
Testemunha Jeová	4	8.0	1	2.0	5	5.0
Outra	10	20.0	4	8.0	14	14.0
<b>Tipo de habitação</b>						
Apartamento	-	-	2	4.0	2	2.0
Vivenda	1	2.0	3	6.0	4	4.0
Casa de adobe	28	56.0	31	62.0	59	59.0
Outro	21	42.0	14	28.0	35	35.0
<b>Número quartos</b>						
1	13	26.0	17	34.0	30	30.0
2	19	38.0	14	28.0	33	33.0
3	9	18.0	11	22.0	20	20.0
4	8	16.0	7	14.0	15	15.0
5	-	-	1	2.0	1	1.0
6	1	2.0	-	-	1	1.0
<b>Número salas</b>						
0	1	2.0	1	2.0	2	2.0
1	45	90.0	36	72.0	81	81.0
2	4	8.0	13	26.0	17	17.0
<b>Número casa de banho</b>						
0	5	10.0	4	8.0	9	9.0
1	43	86.0	44	88.0	87	87.0
2	2	4.0	2	4.0	4	4.0
<b>Número cozinha</b>						
0	10	20.0	12	24.0	22	22.0
1	40	80.0	38	76.0	78	78.0
<b>Água canalizada</b>						
Sim	7	14.0	15	30.0	22	22.0
Nao	43	86.0	35	70.0	78	78.0
<b>Gás</b>						
Sim	47	94.0	47	94.0	94	94.0
Nao	3	6.0	3	6.0	6	6.0
<b>Eletricidade</b>						
Sim_Rede	40	80.0	40	80.0	80	80.0
Sim_gerador	9	18.0	10	20.0	19	19.0
Não	1	2.0	-	-	1	1.0

<b>Esgotos</b>						
Sim	44	88.0	45	90.0	89	89.0
Nao	6	12.0	5	10.0	11	11.0
<b>Frigorífico</b>						
Sim	35	70.0	37	74.0	72	72.0
Nao	15	30.0	13	26.0	28	28.0
<b>Fogão</b>						
Sim_gás/eletricidade	47	94.0	48	96.0	95	95.0
Sim_lenha/carvão	3	6.0	2	4.0	5	5.0
<b>Televisão</b>						
Sim	46	92.0	48	96.0	94	94.0
Não	4	8.0	2	4.0	6	6.0
<b>Rádio</b>						
Sim	32	64.0	43	86.0	75	75.0
Não	18	36.0	7	14.0	25	25.0
<b>Computador</b>						
Sim	7	14.0	16	32.0	23	23.0
Não	43	86.0	34	68.0	77	77.0
<b>Internet</b>						
Sim	4	8.0	10	20.0	14	14.0
Não	46	92.0	40	80.0	86	86.0
<b>Meios de transporte</b>						
Automóvel	11	22.0	7	14.0	18	18.0
Motorizada	10	20.0	12	24.0	22	22.0
Bicicleta	3	6.0	-	-	3	3.0
Automóvel+Motorizada	1	2.0	-	-	1	1.0
Automóvel+Bicicleta	1	2.0	2	4.0	3	3.0
Nenhum	24	48.0	29	58.0	53	53.0



**Universidade de Coimbra**

**Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação**

### **INFORMAÇÃO AOS PARTICIPANTES**

**Nome da investigação:** VIH/SIDA na gravidez: Qualidade de vida familiar, funcionamento familiar e satisfação com a vida.

Esta investigação tem como **objetivo:** Estudar a qualidade de vida familiar e a satisfação com a vida em grávidas com e sem diagnóstico de VIH/SIDA.

A colaboração de todos os participantes é **VOLUNTÁRIA**, e será absolutamente garantido o **ANONIMATO** e a **CONFIDENCIALIDADE** dos resultados.

NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS

A equipa deste projeto está imensamente grata pela sua disponibilidade e colaboração. O seu contributo é extremamente importante.

---

### **CONSENTIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_, declaro ter sido informado sobre esta investigação, bem como das garantias de anonimato e confidencialidade.

Assim, aceito responder ao protocolo que me foi apresentado.

Lubango, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de 201\_\_

---

(Assinatura)



MI PSICOLOGIA

FPCE-UC/ISPT

2013/2014

## Questionário sociodemográfico

**Código:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Local de recolha dos dados:** \_\_\_\_\_

### Dados de Identificação do próprio

**Sexo:** FEM \_\_\_\_ MASC \_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_ Anos

**Nível de escolaridade** (se for adulto, escrever o último ano concluído) \_\_\_\_\_

(se for criança/adolescente, escrever o ano que está a frequentar actualmente) \_\_\_\_\_

**Profissão:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Escrever a profissão exacta referida pelo sujeito)

### Estado Civil:

Solteiro (a) \_\_\_\_\_

Casado(a) \_\_\_\_\_

União de facto \_\_\_\_\_

Separado(a) \_\_\_\_\_

Divorciado(a) \_\_\_\_\_

Viúvo(a) \_\_\_\_\_

Recasado: Sim\_\_\_\_/Não \_\_\_\_

### Etnia:

Nhaneca \_\_\_\_\_

Umbundo \_\_\_\_\_

Quimbundo \_\_\_\_\_

Nganguela \_\_\_\_\_

Cuanhama \_\_\_\_\_

Outras: \_\_\_\_\_



**Religião:**

Católica \_\_\_\_\_

Evangélica \_\_\_\_\_

Adventista do 7º Dia \_\_\_\_\_

Tokuista \_\_\_\_\_

Igreja Universal do Reino de Deus \_\_\_\_\_

Kimbanquista \_\_\_\_\_

Testemunhas de Jeová \_\_\_\_\_

Outra: \_\_\_\_\_

**Dados de Identificação do Agregado Familiar****Composição agregado familiar**

Parentesco*	Idade	Sexo Fem/Masc	Estado Civil	Profissão**	Nível escolaridade

\* pai, mãe, filho(a), marido, mulher, irmã(o) da pessoa que está a completar o questionário

\*\* Incluir nesta secção: Estudante; Desempregado; Doméstica; Reformado (dizer que trabalho tinha antes da reforma e ano da reforma)

### Outras pessoas que habitam com o agregado familiar

Quem (Grau de Parentesco)*	Idade	Profissão	Estado civil	Motivo permanência

\* Por exemplo, avó(ô), tio (a), primo(a), padrinho, outros familiares, etc.

### Área de residência:

Centro de cidade \_\_\_\_\_

Arredores da cidade/Bairro \_\_\_\_\_

Aldeia/Quimbo \_\_\_\_\_

Comuna/Sede \_\_\_\_\_

Outro. Qual \_\_\_\_\_

### Tipo de habitação

Apartamento \_\_\_\_\_

Vivenda \_\_\_\_\_

Pau-a-Pique/cubata \_\_\_\_\_

Casa de adobe \_\_\_\_\_

Outro. Qual \_\_\_\_\_

### Características da habitação

Divisões	Número	Observações *
Quarto		
Sala		
Casa de banho		
Cozinha		
Outros _____ _____ _____		

\* Exemplo: 2 filhos partilham quarto; filhos dormem na sala; toda a família dorme na sala

**Eletrodomésticos e Conforto** (assinalar com uma cruz o que houver)

		Observações*
Água canalizada		
Gás		
Eletricidade		
Esgotos		
Frigorífico		
Fogão		
Televisão		
Rádio		
Computador		
Acesso a Internet		
Automóvel		
Motorizada		
Bicicleta		

\*Exemplo: Eletricidade por Gerador

**Principal Fonte de Rendimento da Família**

Riqueza herdada ou adquirida -----

Lucros de empresas, investimentos, ordenados bem remunerados -----

Vencimento mensal fixo-----

Remuneração por semana, dia, ou por tarefa -----

Apoio social público (do estado) ou privado (de instituições solidariedade) -----

<sup>1</sup> **Nível socioeconómico:**

<sup>1</sup> **Etapa do ciclo vital:**

---

<sup>1</sup> Campos a preencher pelo investigador, no final da entrevista



## **Cálculo NSE**

### **Instruções:**

- 1- Atribuir manualmente as cotações abaixo indicadas para cada um dos protocolos recolhidos.
- 2- Fazer o somatório dos 5 campos considerados (área residência, tipo habitação, características habitação, eletrodomésticos e conforto, e fonte de rendimentos)
- 3- A partir da pontuação total obtida ver aproximadamente em qual dos 3 níveis de NSE se situa o sujeito.

<b>Área de residência</b>	<b>Cotação</b>
Centro de cidade	<b>3</b>
Arredores da cidade/Bairro	<b>2</b>
Aldeia/Quimbo	<b>0</b>
Comuna/Sede	<b>1</b>

<b>Tipo de habitação</b>	<b>Cotação</b>
Apartamento	<b>2</b>
Vivenda	<b>3</b>
Pau-a-Pique/cubata	<b>0</b>
Casa de adobe	<b>1</b>

### **Características da habitação**

<b>Divisões</b>	<b>Cotação</b>
Casa de banho	<b>Sim = 1</b> <b>Não = 0</b>
Cozinha	<b>Sim = 1</b> <b>Não = 0</b>

## Eletrrodomésticos e Conforto

**NOTA:** A pontuação obtida neste campo deverá ser dividida por 4  
(Pontuação máxima neste campo:  $8/4 = 2$ )

	Cotação
Água canalizada	Sim = 1 Não = 0
Gás	Sim = 1 Não = 0
Esgotos	Sim = 1 Não = 0
Frigorífico	Sim = 1 Não = 0
Televisão	Sim = 1 Não = 0
Computador	Sim = 1 Não = 0
Acesso a Internet	Sim = 1 Não = 0
Automóvel	Sim = 1 Não = 0

## Principal Fonte de Rendimento da Família

**NOTA:** A pontuação obtida neste campo deverá ser multiplicada por 2  
(Pontuação máxima neste campo:  $5 \times 2 = 10$ )

	Cotação
Riqueza herdada ou adquirida -----	5
Lucros de empresas, investimentos, ordenados bem remunerados -----	4
Vencimento mensal fixo-----	3
Remuneração por semana, dia, ou por tarefa -----	2
Apoio social público (do estado) ou privado (de instituições solidariedade)----	1

Pontuação mínima = 2

Pontuação máxima = 20

NSE:

**Baixo = Pontuação total entre 2 e 10**

**Médio = Pontuação total entre 11 e 15**

**Elevado = Pontuação total entre 16 e 20**



**VERSÃO EXCLUSIVA  
PARA INVESTIGAÇÃO**

## Questionário Complementar

Código: \_\_\_\_\_

### I- Dados pessoais da grávida:

1. Idade: \_\_\_\_\_ Anos
2. Data de nascimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
3. Localidade de residência: \_\_\_\_\_
4. Frequenta atualmente a escola? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
5. Abandono escolar? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
- 5.1. Motivo do abandono: \_\_\_\_\_
6. Nível de escolaridade que completou: \_\_\_\_\_
7. Número de reprovações: \_\_\_\_\_

### II- Dados acerca da saúde/gravidez

1. Diagnóstico de VIH/SIDA? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
  - a. Em caso afirmativo, diagnóstico antes ou após a gravidez?
 

Antes \_\_\_\_\_ Depois \_\_\_\_\_
  - b. Reação ao diagnóstico? (escolher uma opção):
 

Medo \_\_\_\_\_

Angústia \_\_\_\_\_

Tristeza \_\_\_\_\_

Raiva \_\_\_\_\_

Indiferença \_\_\_\_\_

Outro: \_\_\_\_\_
- 1.3. Modo de transmissão do VIH/SIDA:
 

Transmissão sexual \_\_\_\_\_

Toxicodependência \_\_\_\_\_

Transfusão \_\_\_\_\_

Não sabe \_\_\_\_\_

- 1.4. Tempo ocorrido deste o diagnóstico: \_\_\_\_\_
- 1.5. Toma da medicação prescrita? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
2. História de abuso de álcool e drogas? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
- Descrição (em caso afirmativo): \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
3. História de psicopatologia? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
- Descrição (em caso afirmativo): \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
4. Idade do primeiro namoro: \_\_\_\_\_ Anos
5. Idade de início da atividade sexual: \_\_\_\_\_ Anos
6. Número de parceiros (até ao momento): \_\_\_\_\_
7. Conhecimento de contraceptivos: Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
8. Gravidez planeada? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
9. Aceitação da Maternidade? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
10. Desejo da Maternidade? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
11. Tempo de gestação: \_\_\_\_\_ (semanas ou meses de gravidez)
12. Percepção em relação à gravidez (**escolher uma opção**):
- Felicidade \_\_\_\_\_
  - Grande responsabilidade \_\_\_\_\_
  - Começo de uma vida nova \_\_\_\_\_
  - Tristeza \_\_\_\_\_
  - Acto de amor \_\_\_\_\_
  - Experiência de vida \_\_\_\_\_
  - Realização de um sonho \_\_\_\_\_
  - Uma bênção de Deus \_\_\_\_\_
  - Amadurecimento \_\_\_\_\_
  - Um problema por não ter apoio \_\_\_\_\_
  - Aumento da família \_\_\_\_\_
  - Outro: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### III- Dados acerca do progenitor da criança/relação com o progenitor:

1. Idade: \_\_\_\_\_ Anos
2. Estado civil: Solteiro \_\_\_\_\_  
Casado \_\_\_\_\_  
União de Facto \_\_\_\_\_  
Separado \_\_\_\_\_  
Divorciado \_\_\_\_\_  
Viúvo \_\_\_\_\_
3. Localidade de residência: \_\_\_\_\_
4. Frequenta atualmente a escola? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
5. Abandono escolar? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_  
5.1. Motivo do abandono: \_\_\_\_\_
6. Nível de escolaridade que completou: \_\_\_\_\_
7. Profissão: \_\_\_\_\_
8. Tipo de relação que mantém com o progenitor da criança (**escolher uma opção**):
  - Vivem juntos e são casados \_\_\_\_\_
  - Vivem juntos mas não são casados \_\_\_\_\_
  - Mantêm uma relação amorosa mas não vivem juntos \_\_\_\_\_
  - Não mantêm uma relação amorosa \_\_\_\_\_
  - Nunca mais o viu \_\_\_\_\_
  - Outro: \_\_\_\_\_
9. Duração da relação (em anos):
  - Menos de 1 ano \_\_\_\_\_
  - 1-3 anos \_\_\_\_\_
  - Mais de 3 anos \_\_\_\_\_
10. Reação paterna à gravidez:
  - Positiva/Contente \_\_\_\_\_
  - Negativa/Indiferente/Não gostou \_\_\_\_\_
11. Progenitor da criança com diagnóstico de VIH/SIDA?  
Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_ Não sabe \_\_\_\_\_
12. Progenitor da criança sabe do diagnóstico de VIH-SIDA da grávida? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

**Muito obrigada pela sua colaboração!**



### QUALIDADE DE VIDA Formulário Parental

Adaptado de David H. Olson & Howard L. Barnes, 1982  
Versão NUSIAF-SISTÊMICA (Adaptado, 2007; Validado, 2008)

#### Instruções:

Leia a lista de "possibilidades de resposta" uma de cada vez. Em seguida, decida acerca da forma como se sente em relação a cada uma das questões. De acordo com o seu grau de satisfação, assinale com uma cruz (x) a classificação mais indicada (1, 2, 3, 4, ou 5) à frente do tópico em questão. Obrigado.

	1	2	3	4	5
	Insatisfeito	Pouco Satisfeito	Geralmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Extremamente Satisfeito
<b>QUAL O SEU NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM ?</b>					
<b>Casamento e vida familiar</b>					
1. A sua família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. O seu casamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. O(s) seu(s) filho(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Número de crianças na sua família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Amigos</b>					
5. Os seus amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. A sua relação com os seus familiares (tios, tias, avós, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Saúde</b>					
7. A sua própria saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. A saúde dos outros membros da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Casa</b>					
9. As suas condições actuais de habitação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. As suas responsabilidades domésticas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. As responsabilidades domésticas dos outros membros da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Espaço para as suas próprias necessidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Espaço para as necessidades da sua família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Educação</b>					
14. O nível de estudos que tem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Os programas educativos projectados para melhorar o seu casamento e a sua vida familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Tempo</b>					
16. Quantidade de tempo livre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1	2	3	4	5

QUAL O SEU NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM ?	Insatisfeito	Pouco Satisfeito	Geralmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Extremamente Satisfeito
17. Tempo para si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Tempo para a família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Tempo para a vida da casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Tempo para ganhar dinheiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Religião</b>					
21. A vida religiosa da sua família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. A vida religiosa na sua comunidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Emprego</b>					
23. A sua principal ocupação (trabalho)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. A segurança do seu trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Mass Media</b>					
25. A quantidade de tempo que os membros da sua família vêem televisão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. A qualidade dos programas televisivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. A qualidade dos filmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. A qualidade dos jornais e revistas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. O seu nível de rendimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Dinheiro para as necessidades familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. A sua capacidade para lidar com emergências financeiras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Quantidade de dinheiro que deve (hipoteca, empréstimo, cartões de crédito)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Nível de poupança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Dinheiro para futuras necessidades da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Vizinhança e comunidade</b>					
35. As escolas na sua comunidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. As compras na sua comunidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. A segurança na sua comunidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. O bairro onde vive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. As instalações recreativas (parques, recintos para recreio, programas, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Os serviços de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Satisfaction With Life Scale (SWLS)**

Diener & Emmons & Larsen & Griffin, 1985

**Tradução e adaptação da Versão Portuguesa**

Simões, 1992, FPCE-UC

ID \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Ano de escolaridade: \_\_\_\_\_ Sexo: M / F Data: \_\_\_\_\_

Mais abaixo, encontrarás cinco frases, com que poderás concordar ou discordar. Emprega a escala de 1 a 5, à direita de cada frase. Marca uma cruz (x), dentro do quadrado, que melhor indica a tua resposta, tendo em conta as seguintes opções:

1. Discordo Muito
2. Discordo um Pouco
3. Não Concordo Nem Discordo
4. Concordo um Pouco
5. Concordo Muito

1 – A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que ela fosse.	1	2	3	4	5
2 – As minhas condições de vida são muito boas.	1	2	3	4	5
3 – Estou satisfeito com a minha vida.	1	2	3	4	5
4 – Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria.	1	2	3	4	5
5 – Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.	1	2	3	4	5



**Tabela H1**

*Fator 1- Bem-Estar Financeiro*

Item	<i>M</i>	<i>DP</i>	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa excluindo o item
20	2.60	.829	.290	.828
29	2.48	.731	.519	.775
30	2.35	.783	.746	.721
31	2.24	.767	.565	.765
33	2.41	.780	.601	.756
34	2.31	.849	.635	.747

**Tabela H2**

*Fator 2- Tempo*

Item	<i>M</i>	<i>DP</i>	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa excluindo o item
16	2.66	.639	.520	.668
17	2.75	.672	.578	.632
18	2.70	.644	.525	.665
19	2.84	.598	.455	.704

**Tabela H3**

*Fator 3- Vizinhança e Comunidade*

Item	<i>M</i>	<i>DP</i>	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa excluindo o item
35	2.47	.771	.480	.661
36	2.57	.671	.484	.663
37	2.35	.796	.570	.631
38	2.43	.782	.430	.676
39	1.62	.776	.338	.704
40	2.25	.880	.382	.695

**Tabela H4**

*Fator 4- Casa*

Item	<i>M</i>	<i>DP</i>	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa excluindo o item
9	2.53	.822	.434	.651
10	2.61	.723	.477	.629
11	2.80	.636	.358	.676
12	2.64	.718	.451	.641
13-	2.54	.744	.520	.610

**Tabela H5***Fator 5- Mass Media*

Item	<i>M</i>	<i>DP</i>	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa excluindo o item
26	2.69	.734	.239	.200
27	2.08	.800	.316	.019
28	2.47	.822	.076	.519

**Tabela H6***Fator 6- Relações Sociais e Saúde*

Item	<i>M</i>	<i>DP</i>	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa excluindo o item
5	2.76	.780	.172	.520
6	2.84	.775	.355	.352
7	2.60	.876	.251	.459
6	2.81	.647	.399	.335

**Tabela H7***Fator 7- Emprego*

Item	<i>M</i>	<i>DP</i>	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa excluindo o item
23	2.69	.706	.467	-
24	2.56	.715	.467	-

**Tabela H8***Fator 8- Religião*

Item	<i>M</i>	<i>DP</i>	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa excluindo o item
21	2.82	.687	.503	-
22	2.55	.757	.503	-

**Tabela H9***Fator 9- Família e Conjugalidade*

Item	<i>M</i>	<i>DP</i>	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa excluindo o item
1	2.97	.658	.280	-
2	2.69	.825	.280	-

**Tabela H10***Fator 10- Filhos*

Item	<i>M</i>	<i>DP</i>	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa excluindo o item
1	3.44	.715	.205	-
2	3.17	.587	.205	-

**Tabela H11***Fator 11- Educação*

Item	<i>M</i>	<i>DP</i>	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa excluindo o item
14	2.09	.805	.240	-
15	2.73	.649	.240	-